



**António de Almeida  
Lourenço Casal**

**A Escola na prevenção de comportamentos de risco:  
o tabagismo e o consumo de álcool**



**António de Almeida  
Lourenço Casal**

**A Escola na prevenção de comportamentos de risco:  
o tabagismo e o consumo de álcool**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ensino de Geologia e Biologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria de Lourdes Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Biologia da Universidade de Aveiro e co-orientação do Professor Doutor Luís Baptista, Professor Associado do Departamento de Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

À Mariana e à Beatriz

## **o júri**

presidente

Professor Doutor Eduardo Anselmo Ferreira da Silva  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Graça Ferreira Simões de Carvalho  
Professora Catedrática da Universidade do Minho

Professora Doutora Maria de Lourdes Gomes Pereira  
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Luís Vicente Baptista  
Professor Associado da Universidade Nova de Lisboa

## **agradecimentos**

Várias foram as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, a quem agradeço a sua preciosa ajuda. Em particular, o meu agradecimento especial:

- À orientadora, Professora Doutora Maria de Lourdes Gomes Pereira, pela disponibilidade, incentivo e contributo, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.
- Ao co-orientador, Professor Doutor Luís Vicente Baptista, pela disponibilidade e contributo.
- Aos Conselhos Executivos e professores das escolas, onde decorreu este estudo, pela disponibilidade e colaboração demonstradas.
- À Maria pelo apoio, incentivo e disponibilidade.
- À Mariana e à Beatriz pelo tempo e atenção que não lhes dediquei, para poder realizar este trabalho.

## palavras-chave

Promoção da Saúde, Educação para a Saúde, Tabagismo, Consumo de álcool

## resumo

A escola constitui o espaço, por excelência, para intervir na prevenção dos comportamentos de risco dos adolescentes. A Educação para a Saúde na escola deve basear-se num conceito holístico de saúde, ser orientada para a acção e envolver activamente os alunos. Estes princípios fundamentam o designado Paradigma Democrático de Educação para a Saúde. Vários grupos de trabalho da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, no âmbito da Educação para a Saúde Democrática, sugerem a abordagem pedagógica IVAC (*Investigations–Visions–Actions–Changes*). A perspectiva democrática de educação para a saúde defende que, a partir do desenvolvimento de conhecimentos e percepções, os alunos adquiram a competência para a acção e para a mudança. Esta finalidade pode ser alcançada através de um projecto de acção orientado pelo professor.

Este trabalho de investigação compreende duas partes. A primeira é um estudo descritivo com a finalidade de caracterizar as percepções, atitudes e os hábitos de consumo de tabaco e de álcool dos alunos. A segunda é um estudo longitudinal e compreendeu a implementação de um plano de intervenção, com o intuito de influenciar positivamente os conhecimentos, percepções e intenções de consumo de tabaco e de álcool.

Os resultados obtidos no estudo descritivo apontam para alguma falta de significância, para os alunos, de algumas temáticas de saúde. Apesar de mais de oito décimos dos alunos percepcionar negativamente o tabagismo, cerca de um quinto dos rapazes e um décimo das raparigas fuma pelo menos uma vez por semana. Cerca de dois terços dos alunos percepciona negativamente o consumo de álcool. Contudo, quase dois terços dos rapazes e perto de um terço das raparigas consome bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana.

O estudo longitudinal mostrou um aumento da percepção negativa, um aumento dos conhecimentos das consequências, tanto do tabagismo como do consumo de álcool. Este estudo aponta também para uma diminuição nas intenções de consumo tanto em relação ao tabaco como às bebidas alcoólicas. Os resultados mostram a eficácia, pelo menos a curto prazo, e a importância da implementação, na escola, de uma educação para a saúde democrática, em detrimento de uma educação para a saúde moralística.

**keywords**

Health promotion, health education, tabagism, alcohol intake

**abstract**

School is the most relevant place for an intervention towards the prevention of health risk behaviour among adolescents. School health education should be grounded on a holistic concept of health, should be action-oriented and involve students actively. These principles support the democratic health education paradigm. Several groups from the European Network of Health Promoting Schools suggest the IVAC (Investigations-Visions-Actions-Changes) approach. The democratic health education' perspective claims that pupils acquire the action competence and generate change through the development of knowledge and perceptions. This goal can be achieved through an action project lead by the teacher.

This investigation comprises two parts. The first is a descriptive study and intend to characterise the perceptions, attitudes and the students' consumption patterns of tobacco and alcohol. The second part is a longitudinal study and presents the results of the implementation of an intervention plan in order to influence positively the knowledge, perceptions and intentions of tobacco and alcohol consumption.

The results from the descriptive study indicate a lack of significance of some health issues for the students. Although more than eight tenth of the students evidence negative perception of smoking, about a fifth of the boys and a tenth of the girls smoke at least once a week. Approximately two thirds of the students show a negative perception of alcohol consumption. However almost two thirds of the boys and about a third of the girls consume alcoholic drinks at least once a week.

The results of the longitudinal study display an increase of the negative perception, a rise of the knowledge of the consequences of smoking as well as alcohol consumption. This study shows a decrease of the intentions to consume tobacco and alcoholic drinks.

The results show the effectiveness, at least at a short time, and the importance of the implementation of the democratic health education rather a moralistic health education.

## ÍNDICE GERAL

	Pág.
Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Abstract .....	iv
Índice geral .....	v
Índice de figuras .....	viii
Índice de quadros .....	x
<b>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1. A adolescência e os comportamentos de risco .....	3
2. Factores determinantes dos comportamentos de risco .....	5
3. A Promoção da saúde e a Educação para a Saúde .....	12
4. A Educação para Saúde na escola .....	15
5. A educação para a saúde segundo dois paradigmas .....	17
5.1. A educação para a saúde moralística .....	18
5.2. A educação para a saúde democrática .....	19
6. O tabaco e a saúde .....	24
7. O álcool e a saúde .....	30
8. Programas de prevenção do consumo de tabaco e de álcool .....	35
8.1. Programas de prevenção do tabagismo .....	39
8.2. Programas de prevenção do consumo de álcool .....	40
9. Problema em estudo e relevância do projecto .....	41
10. Hipóteses .....	42
11. Objectivos do presente trabalho .....	43
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGIA .....</b>	<b>45</b>
1. O projecto de investigação .....	47
1.1. Pressupostos e opções metodológicas .....	47
1.2. Cronograma do projecto de investigação .....	47
1.3. As escolas e os alunos envolvidos .....	48



2. O estudo descritivo .....	49
2.1. A amostra .....	49
2.2. Instrumentos de recolha de dados .....	49
2.2.1. O questionário inicial .....	49
2.2.2. Análise documental .....	51
3. O estudo longitudinal .....	51
3.1. Os sujeitos de investigação .....	51
3.2. Instrumentos de recolha de dados .....	52
3.2.1. O questionário inicial .....	52
3.2.2. O questionário final .....	52
3.3. O Plano de Intervenção .....	53
3.3.1. Etapas do Plano de Intervenção .....	54
4. Análise e tratamento de dados .....	56
4.1. Codificação das variáveis ordinais .....	56
 <b>CAPÍTULO III:     RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
A. Caracterização do contexto socioeconómico das escolas .....	61
B. O estudo descritivo .....	61
1. A EpS escolar.....	61
1.1. Planos de Actividades de Escola .....	61
1.2. Organização Curricular e Programas do Ensino Básico .....	62
2. Os alunos, a EpS, o tabagismo e o consumo de álcool .....	63
2.1. Idade e sexo .....	63
2.2. Tempos livres .....	64
2.3. O contexto familiar .....	66
2.3.1. A escolaridade dos pais .....	66
2.3.2. A profissão dos pais .....	66
2.4. Representações de EpS .....	67
2.4.1. Temáticas de saúde abordadas no percurso escolar .....	67
2.4.2. Contributo para a EpS das actividades de sala de aula .....	68
2.4.3. Contributo para a EpS das actividades fora da sala de aula .....	69
2.5. O tabagismo e o consumo de álcool .....	70

2.5.1. Percepções acerca do tabagismo e do consumo de álcool .....	70
2.5.2. Padrão de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas .....	72
2.5.3. O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas no contexto familiar .....	79
2.5.4. O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas no contexto dos pares ...	81
2.5.5. O tabagismo e o consumo de álcool e os tempos livres .....	82
2.5.6. Percepção dos motivos que conduziram ou não ao tabagismo e ao consumo de álcool .....	83
2.5.7. Conhecimento dos malefícios do tabagismo e do consumo de álcool .....	85
2.5.8. Intenção de fumar e consumir bebidas alcoólicas .....	88
C. O estudo longitudinal .....	91
1. Caracterização dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção .....	91
2. Evolução das percepções acerca do tabagismo .....	92
3. Evolução das percepções acerca do consumo de álcool .....	95
4. Evolução da percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e do consumo de álcool .....	97
5. Evolução da intenção de fumar e de consumir bebidas alcoólicas .....	100
6. Percepção da participação nas actividades .....	102
7. Avaliação das actividades pelos alunos .....	104
8. Opinião dos alunos .....	106
<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS.....</b>	<b>107</b>
1. O estudo descritivo .....	109
2. O estudo longitudinal .....	111
3. Limitações do estudo .....	112
4. Sugestões para futuras investigações .....	113
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO 1:</b> Actividades de EpS realizadas nas escolas .....	<b>131</b>
<b>ANEXO 2:</b> Questionário inicial aos alunos .....	<b>137</b>
<b>ANEXO 3:</b> Questionário final aos alunos .....	<b>143</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.1:</b> As dimensões das Escolas Promotoras de Saúde .....	16
<b>Figura 1.2:</b> O conceito holístico de saúde .....	21
<b>Figura 1.3:</b> As quatro dimensões dos conhecimentos e percepções na abordagem de temáticas de saúde .....	23
<b>Figura 3.1:</b> Distribuição dos alunos por idade e sexo .....	64
<b>Figura 3.2:</b> Percepção pelos alunos da frequência de alguns tempos livres .....	65
<b>Figura 3.3:</b> Escolaridade dos pais e das mães dos alunos .....	66
<b>Figura 3.4:</b> Distribuição das profissões dos pais e das mães dos alunos de acordo com a Escala de Graffard .....	67
<b>Figura 3.5:</b> Percepção pelos alunos das temáticas de saúde abordadas no seu percurso escolar .....	68
<b>Figura 3.6:</b> Percepção pelos alunos dos contributos relativos das actividades de aula na educação para a saúde escolar .....	69
<b>Figura 3.7:</b> Percepção pelos alunos dos contributos relativos das actividades fora da sala de aula na educação para a saúde escolar .....	70
<b>Figura 3.8:</b> Frequências relativas das representações dos alunos face ao tabagismo .	71
<b>Figura 3.9:</b> Frequências relativas das representações dos alunos face ao consumo de álcool .....	72
<b>Figura 3.10:</b> Frequência relativas do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas ....	73
<b>Figura 3.11:</b> Consumo semanal de tabaco .....	75
<b>Figura 3.12:</b> Consumo semanal das bebidas alcoólicas: cerveja, vinho e espirituosas	76
<b>Figura 3.13:</b> Quantidade total de embriaguezes .....	77
<b>Figura 3.14:</b> Idade da primeira experiência com o tabagismo e com o consumo de bebidas alcoólicas .....	78
<b>Figura 3.15:</b> Frequências absolutas das razões invocadas pelos alunos para iniciarem o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas .....	83
<b>Figura 3.16:</b> Frequências absolutas das razões invocadas para não consumir tabaco e bebidas alcoólicas .....	85

<b>Figura 3.17:</b> Percepção dos conhecimentos dos malefícios do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas .....	86
<b>Figura 3.18:</b> Número de malefícios do tabagismo e do consumo de álcool indicados pelos alunos .....	87
<b>Figura 3.19:</b> Atitude face à oferta de tabaco por parte de um amigo .....	89
<b>Figura 3.20:</b> Frequências relativas das representações acerca do tabagismo nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção .....	93
<b>Figura 3.21:</b> Evolução das representações acerca do consumo de bebidas alcoólicas dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção .....	95
<b>Figura 3.22:</b> Frequências relativas da percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e do consumo de álcool nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção .....	97
<b>Figura 3.23:</b> Frequências relativas do número de malefícios do tabagismo e do consumo de álcool nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção indicados pelos alunos submetidos ao Plano de Intervenção .....	99
<b>Figura 3.24:</b> Evolução da atitude face à oferta de tabaco e de bebida alcoólica do momento pré-intervenção para o pós-intervenção .....	101
<b>Figura 3.25:</b> Percepção, pelos alunos, da evolução do seu conhecimento e da sua atitude relativamente ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas .....	102
<b>Figura 3.26:</b> Percepção, pelos alunos, da sua participação nas actividades realizadas durante a implementação do Plano de intervenção .....	103
<b>Figura 3.27:</b> Percepção, pelos alunos, do seu grau de satisfação na participação das actividades realizadas .....	105

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1.1:</b> A abordagem IVAC .....	22
<b>Quadro 2.1:</b> Cronograma de implementação das actividades do projecto de investigação .....	43
<b>Quadro 2.2:</b> Variáveis sócio-demográficas, independentes e dependentes do questionário inicial .....	50
<b>Quadro 2.3:</b> Variáveis do questionário final aos alunos submetidos ao Plano de Intervenção .....	51
<b>Quadro 2.4:</b> Etapas e estratégias educativas do Plano de Intervenção .....	54
<b>Quadro 2.5:</b> Codificação numérica das variáveis ordinais .....	57
<b>Quadro 2.6:</b> Classificação utilizada dos coeficientes de correlação de Spearman ....	57
<b>Quadro 3.1:</b> Correlação entre a frequência de fumar e a frequência de consumo de bebidas alcoólicas.....	74
<b>Quadro 3.2:</b> Correlações entre a frequência de fumar e de consumir bebidas alcoólicas e as variáveis: a idade, consumo semanal de cigarros, consumo semanal de doses totais de bebidas alcoólicas e o sexo .....	79
<b>Quadro 3.3:</b> Correlações entre a frequência de fumar e de consumo de bebidas alcoólicas e as variáveis: “profissão de nível mais elevado dos pais”, “escolaridade de nível mais elevado dos pais”, “número de familiares fumadores”, “número de familiares não fumadores” e “conversa com os pais acerca dos malefícios do tabagismo” .....	80
<b>Quadro 3.4:</b> Correlações entre a frequência de fumar e as variáveis: “número de amigos fumadores” e “ número de amigos não fumadores” .....	81
<b>Quadro 3.5:</b> Correlações entre a frequência de fumar e a frequência de alguns tempos livres .....	82
<b>Quadro 3.6:</b> Correlação entre a percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e o número de malefícios do tabagismo indicados pelos alunos .....	87
<b>Quadro 3.7:</b> Correlações entre a frequência de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas e a percepção de possuir conhecimento dos malefícios destes consumos e número de malefícios dos mesmos .....	88

<b>Quadro 3.8:</b> Correlação entre a frequência de fumar e a atitude face à oferta de tabaco .....	90
<b>Quadro 3.9:</b> Medidas estatísticas da evolução das representações dos alunos acerca do tabagismo .....	94
<b>Quadro 3.10:</b> Medidas estatísticas da evolução das representações dos alunos acerca do tabagismo .....	96
<b>Quadro 3.11:</b> Medidas estatísticas da evolução da percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção .....	97
<b>Quadro 3.12:</b> Medidas estatísticas da evolução do número de malefícios do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas mencionados pelos alunos submetidos ao Plano de Intervenção .....	99
<b>Quadro 3.13:</b> Medidas estatísticas da evolução da atitude face à oferta de tabaco ...	101

# CAPÍTULO I

---

## INTRODUÇÃO





## 1. A adolescência e os comportamentos de risco

A adolescência é uma fase de desenvolvimento caracterizada por significativas alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas (Lerner & Spanier, 1980). É, ainda, caracterizada pela formação da identidade, pelo choque de valores e pela elevada sensibilidade à imagem e à reputação (Solomon, 1992 *in* Krugman *et al.*, 2005). Nesta fase crítica da vida, ocorre o desenvolvimento das relações familiares, interpessoais, institucionais e destaca-se a crescente importância dos contextos sociais extra-familiares (Boardman *et* Onge, 2005). Neste período, os jovens são, ainda, muito impressionáveis e vulneráveis aos múltiplos factores ambientais que, de uma forma positiva ou negativa, influenciam os seus comportamentos futuros (Fullerton *et* Ursano, 1994).

Actualmente, a maioria da taxa de morbilidade e de mortalidade, nos adolescentes, resulta dos estilos de vida praticados. A maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são consequência de factores sociais, envolvimento e comportamentais. Estes factores, designados como factores de risco, incluem um largo espectro de comportamentos e efeitos relacionados tais como o uso e abuso de substâncias aditivas, violência, suicídio, gravidez na adolescência (DiClemente *et al.*, 1996; Lerner *et* Galambos, 1998), consumo de álcool, tabagismo (Lerner *et* Galambos, 1998), distúrbios alimentares e doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente *et al.*, 1996). Deste modo, enquanto um número considerável de adolescentes experimentam percursos turbulentos, desde a infância à fase adulta, para se tornarem adultos produtivos e saudáveis, outros poderão não alcançar o seu pleno potencial como trabalhadores, pais e indivíduos.

Nos adolescentes, os comportamentos de risco e as suas escolhas tendem a ocorrer num determinado contexto social e podem ser sinérgicas. O uso de substâncias aditivas foi correlacionado com outros comportamentos de risco como a delinquência, a indisciplina na escola, o abandono escolar, os comportamentos agressivos, relações sexuais desprotegidas e gravidez indesejada (Reininger, 2003). De acordo com Hawkins e colaboradores (1992), quanto maior o número de factores de risco a que o jovem está exposto, maior a probabilidade de se envolver em problemas comportamentais. No entanto, há a considerar os factores protectores -predisposições e influências- na vida dos adolescentes que podem amenizar as influências negativas. Estes podem ajudar os adolescentes a tornarem-se mais resilientes e mais capazes de resistir às influências adversas (Benard, 1991; Rak &

Patterson, 1996; Benson, 1998 *in* Reininger, 2003. Como factores de resiliência a comportamentos de risco incluem-se o envolvimento em actividades estruturadas, a orientação adequada pelos pais e o envolvimento em diversas actividades, tais como religiosas (Jessor *et al.*, 1995), desportivas, os jogos de computador e a leitura (Pate *et al.*, 2000; Donato *et al.*, 1997; Bergman *et* Scott, 2001 *in* Sasco *et al.*, 2003). O acompanhamento e a supervisão dos jovens por adultos é, também, um factor protector de resiliência. Na sua ausência pode ocorrer o agravamento dos riscos de consumo de substâncias aditivas, o baixo desempenho académico, os comportamentos agressivos, uma maior vulnerabilidade à pressão dos pares, entre outros (Gage *et al.*, 2005).

Os jovens são particularmente sensíveis à sua imagem e reputação e mais impressionáveis às promoções de estilos de vida, como o tabagismo e o alcoolismo, que lhes surgem de uma maneira directa ou indirecta. Esses estilos de vida, em termos de imagem e de comportamento, são percebidos como correctos e conduzem os jovens a procurarem activamente ajustamentos nas suas relações com os seus pares (Solomon, 1992 *in* Krugman *et al.*, 2005).

O esquema cognitivo dos adolescentes produz distorções. Uma primeira distorção é considerarem os outros como uma audiência invisível, acreditando que todos à sua volta estão constantemente a monitorizá-los. Este egocentrismo leva a uma segunda distorção: os jovens percebem que são únicos, que estão para além da vida vulgar dos pais e imunes a todos os males (Lapsley *et al.*, 1986 *in* Krugman *et al.*, 2005). Esta visão pode prolongar-se por toda a adolescência e conduzir os jovens a adoptarem comportamentos de risco (Krugman *et al.*, 2005).

A adolescência é, então, uma fase privilegiada de aquisição de muitos dos hábitos de vida, saudáveis ou não, e representa, por isso, um momento fundamental para que se interfira no sentido preventivo, visando a promoção da saúde não só nesta fase, mas também na vida adulta. Para o sucesso das intervenções de prevenção dos comportamentos de risco, torna-se fundamental conhecer os seus factores determinantes.

## 2. Factores determinantes dos comportamentos de risco

Segundo Nebot e colaboradores (2004), os factores que influenciam os comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias aditivas, podem ser classificados em individuais, sócio-ambientais e genéticos. Os factores individuais de natureza cognitiva compreendem a interpretação das influências, as atitudes face ao comportamento de risco e a auto-eficácia na resistência às pressões sócio-ambientais. Como nota Clayton e colaboradores (2000), os factores cognitivos são modulados pelas emoções como a afectividade, a frustração, a ansiedade, a raiva, a tensão e a depressão. Os factores sócio-ambientais incluem os tempos livres, o estatuto socioeconómico, a família (pais e irmãos), os amigos (pares), a escola, o *marketing*, a comunicação social e os obstáculos legais ou outros na adopção dos comportamentos de risco.

Vários investigadores referem que para aumentar a capacidade de prever e, potencialmente, prevenir os comportamentos de risco, nos adolescentes, é necessário considerar tanto os factores determinantes proximais como os distais, que poderão ser protectores ou de risco (Flay & Petraitis, 1994; Jessor, 1998; Petraitis *et al.*, 1995, Ajzen, 1988 *in* Carvajal *et* Granillo, 2005). Os factores proximais tendem a ser os precursores imediatos dos comportamentos de risco e são relativamente consensuais nas teorias psicosociais e cognitivo-behavioristas. Estes compreendem a auto-eficácia na resistência às pressões para iniciar o comportamento de risco, atitudes face ao comportamento de risco, normas (subjectivas) sociais, obstáculos ao comportamento de risco e a intenção de iniciar o comportamento de risco. Os factores distais referem-se às influências mais estáveis dos comportamentos de risco. Estes incluem os sintomas de depressão, a ligação à escola, a ligação aos pais, as expectativas globais, as dificuldades de adaptação, as aspirações académicas e média dos resultados escolares. Relativamente à influência dos factores distais nos comportamentos de risco, existe um menor consenso a nível das várias teorias (Carvajal *et* Granillo, 2006).

As teorias da aprendizagem social defendem que os hábitos de consumo de tabaco e de álcool, na adolescência, é adquirido, primariamente, a partir dos seus modelos mais próximos como os familiares e os pares (Duncan *et al.*, 2005). A escola, a facilidade de acesso, os *mass media*, o conhecimento, as percepções e a hereditariedade constituem, igualmente, factores que influenciam estes consumos. O hábito de fumar e de consumir

bebidas alcoólicas e a sua dependência são, então, consequência de uma complexa rede de influências biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

A intensificação das atitudes negativas, incluindo a percepção dos riscos, as normas sociais contra o tabaco, a auto-eficácia para resistir ao tabaco e o incremento dos impedimentos no seu acesso relaciona-se com o decréscimo na iniciação ao tabagismo. Por outro lado, os indivíduos com maior orientação académica, menos sintomas de depressão, mais expectativas positivas e poucas dificuldades de adaptação têm menor probabilidade de fumar (Carvajal *et Granillo*, 2006).

A família desempenha um papel muito importante na prevenção do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas. O clima familiar e as práticas parentais são decisivos na aquisição destes hábitos e de outros comportamentos de risco (Barnes, 1990; Barnes & Farrell, 1992 *in* Duncan *et al.*, 2005). De acordo com o modelo de Paterson (1992), referenciado por Duncan e colaboradores (2005), relativo aos factores de risco e aos problemas comportamentais, um baixo envolvimento familiar e fracas práticas parentais colocam as crianças em alto risco de engrenar em problemas comportamentais. Similarmente, na teoria da socialização familiar, a supervisão parental constitui uma dimensão chave nesta questão (Barnes *et* Olson, 1985; Guilamo-Ramos *et al.*, 2004 *in* Duncan *et al.*, 2005). A investigação sugere que uma baixa monitorização e disciplina estão associadas aos consumos de tabaco e de álcool em adolescentes (Ary *et al.*, 1993; Dishion *et* Loeber, 1985 *in* Duncan *et al.*, 2005). Por outro lado, a coesão familiar pode desempenhar um papel protector destes consumos nos adolescentes (Duncan *et al.*, 2005).

A existência de regras de proibição de fumar em casa pode fomentar nos jovens atitudes antitabágicas. Estas atitudes são mais fortes quando acresce que nenhum dos pais fuma ou, através deles, são difundidas mensagens antitabágicas, levando os jovens a perceberem uma menor prevalência e aceitação do tabagismo. Como nos adolescentes, a percepção da prevalência e aceitação do tabagismo está associada à iniciação ao tabagismo, a existência de regras de proibição de fumar em casa pode atenuar as atitudes e os comportamentos favoráveis ao tabaco e assim reduzir o número de jovens que iniciam o hábito de fumar (Thomson *et al.*, 2005). Segundo Farkas e colaboradores (1999), os jovens com pais fumadores apresentam uma maior probabilidade de virem a fumar. Ainda segundo estes investigadores, os adolescentes cujos pais deixaram de fumar têm uma significativa redução na propensão para fumar.

O papel da família é de particular importância, dado que na maioria dos casos a introdução ao álcool surge durante as festas de eventos familiares. O consumo continuado de álcool parece depender do padrão de consumo dos pais, primeiro modelo de consumo dos jovens, e dos restantes familiares. Outras características familiares influenciam também o consumo de álcool: discussões familiares, dificuldades financeiras, desemprego, violência e agressões familiares, divórcio, falta de comunicação com os pais, permissividade e severidade dos pais. Quando os conflitos familiares são resolvidos na base de uma comunicação com respeito mútuo, sinceridade e de maneira construtiva, os jovens adquirem competências sociais e de gestão de conflitos que lhes possibilitarão lidar com os seus próprios problemas futuros (Settertobulte *et al.*, 2001).

Apesar da família influenciar grandemente os hábitos e comportamentos dos adolescentes, ela representa apenas um de entre vários dos contextos de interacção social que afectam o consumo de tabaco, de álcool e de outras substâncias aditivas (Conger, 1997 *in* Duncan *et al.*, 2005).

À medida que os jovens crescem, a família torna-se cada vez menos importante no processo de socialização, enquanto a influência do grupo de amigos aumenta (Settertobulte *et al.*, 2001). A influência dos pares aumenta com a idade e é particularmente preponderante nas fases iniciais de consumo de substâncias aditivas (Duncan *et al.*, 2005). Enquanto que os pais desempenham uma influência mais intensa nos assuntos quotidianos, os amigos exercem um impacto maior na sua imagem e atitudes sociais (Berk, 2000 *in* Krugman *et al.*, 2005).

A influência dos pares no hábito de fumar e de consumir bebidas alcoólicas nos adolescentes é maior que o exercido pelos pais e irmãos, sendo essa influência mais normativa que coerciva (Michell & West, 1995; Nichter *et al.*, 1997 *in* Krugman *et al.*, 2005). Os jovens escolhem estes consumos como uma estratégia para evitar a exclusão do grupo, para conquistar aceitação social, para favorecer oportunidades de iniciação de interacções sociais e para experimentar um sentimento de independência (Evans *et al.*, 1988; Nichter *et al.*, 1997 *in* Krugman *et al.*, 2005). ). No grupo, quanto mais próxima for a relação com determinado elemento maior será a sua influência (Morgan & Grube, 1991; Van Roosmalen & McDaniel. 1992 *in* Krugman *et al.*, 2005). Para além da iniciação e manutenção do hábito de fumar, os pares influenciam também o padrão tabágico -número de cigarros e frequência de inalações- dos jovens (Kniskern *et al.*, 1983 *in* Krugman *et al.*,

2005). Como droga socialmente aceite, o álcool faz parte da convivência entre adultos e do reforço das relações interpessoais. Este modelo social é imitado pelos adolescentes nos seus grupos e faz parte do processo normal do seu desenvolvimento. O consumo de álcool é um dos comportamentos observáveis em quase todos os grupos, enquanto que o tabaco é mais frequente em alguns grupos. Outros comportamentos de risco são adoptados diferentemente conforme a subcultura dos grupos (Settertobulte *et al.*, 2001).

Como já foi salientado, a escola é um local onde os jovens passam grande parte do seu tempo e, como tal, exerce uma grande influência nos seus comportamentos. Para além do ambiente familiar e do grupo de amigos, a escola, onde os amigos também poderão estar, constitui um dos mais importantes espaços para a socialização dos jovens (Settertobulte *et al.*, 2001). A escola constitui, como também já se referiu, um espaço único para intervir a nível da EpS.

Para além da importância da EpS, vários investigadores salientaram a utilidade da implementação, na escola, de políticas normativas como estratégia de prevenção tabágica (Pinilla *et al.*, 2002; Powell *et al.*, 2005). A importância destas medidas pode ser ilustrada pela investigação de Powell e colaboradores (2005) que mostrou que a transferência de um estudante de uma escola onde nenhum aluno fuma para uma escola onde um quarto dos alunos fuma, aumenta a probabilidade desse estudante vir a fumar em 14,5%. Nas escolas onde foram implementadas políticas anti-tabágicas, envolvendo professores, funcionários e estudantes, foi mostrado que a prevalência de tabagismo era reduzida assim como o número de cigarros consumidos pelos estudantes fumadores. Por outro lado, foi evidenciado que o tabagismo é percepcionado como mais seguro e portanto mais aceitável quando existiam professores fumadores (Charlton *et al.*, 1994). O nível educacional dos indivíduos emerge, também, como um dos mais importantes factores sociodemográficos que predizem a prevalência e a cessação de fumar. Assim, a baixa escolaridade está associada a uma maior prevalência e a uma menor cessação de fumar. Nos estados Unidos, Inglaterra, Dinamarca, Noruega e Espanha, a escolaridade superou o sexo como principal factor sociodemográfico associado ao tabagismo e à cessação tabágica (Wetter *et al.*, 2005).

A frequência e a intensidade do consumo de álcool são independentes da inteligência e das capacidades académicas dos adolescentes. No entanto, existe uma inequívoca relação entre o consumo de álcool e a fraca performance escolar (Hawkins,

1992). Neste contexto, o consumo de álcool poderá servir para compensar o *stress* emocional gerado pelo fraco desempenho escolar. Se por um lado, o consumo de álcool poderá ser consequência do insucesso escolar e dos conflitos familiares daí resultantes, por outro, poderá ser a causa do próprio insucesso escolar. Apesar do consumo de bebidas alcoólicas -ao contrário do consumo de tabaco- não ocorrer na escola, algumas variáveis escolares têm sido claramente associadas ao álcool. Assim, o consumo de álcool está fortemente associado a sentimentos de rejeição da escola, à rigidez das suas regras, à percepção de um tratamento injusto por parte dos professores e à percepção de elevadas expectativas dos professores. Deste modo, a escola, para além do processo ensino/aprendizagem de EpS, pode contribuir decisivamente para a prevenção do consumo de álcool (Settertobulte *et al.*, 2001).

O consumo de tabaco e de álcool pelos adolescentes pode ser influenciado pelos governos a três níveis: (1) a disponibilidade e a regulamentação do seu acesso, (2) onde e como são comercializados e (3) a política de preços e de taxas. Uma política que limite os locais de venda, aumente a idade mínima para a aquisição e o consumo e que incremente o preço conduz a um menor consumo dessas substâncias.

Powell e colaboradores (2005) demonstraram que, de modo independente, os pares e as políticas de preço e controlo do tabaco desempenham um papel significativo na decisão de fumar por parte dos jovens. Neste ponto, a facilidade de acesso dos jovens ao tabaco continua, apesar da legislação restritiva (Harrison *et al.*, 2000). A permissividade de muitos comerciantes, o acesso ao tabaco através de indivíduos mais velhos, a não vigilância das máquinas automáticas de venda e a escassa fiscalização poderão ser explicações para a manutenção desta situação. Carvajal e Granillo (2006) sugerem que a implementação de políticas que dificultem o acesso dos jovens ao tabaco ou dificultando a adesão dos jovens ao tabaco sem o conhecimento de adultos poderão ser estratégias para potenciar os programas de prevenção tabágica.

Um dos factores menos estudados, mas potencialmente importante que afecta os adolescentes é a comunicação social (Carson *et al.*, 2005). Neste contexto, foi demonstrado que a publicidade directa e indirecta tem efeitos evidentes na idade de iniciação (Gidwani *et al.*, 2002 *in* Carson *et al.*, 2005) e na progressão do hábito de fumar (Unger *et al.*, 2001; Farrelly *et al.*, 2002; Pierce *et al.*, 1998; Biener *et* Siegal, 2000 *in* Carson *et al.*, 2005) e no

consumo de álcool (Settertobulte *et al.*, 2001). Embora restringida, a publicidade a bebidas alcoólicas é comum, quer directamente através da comunicação social, quer indirectamente pelo patrocínio de eventos desportivos e culturais. A publicidade a estes consumos aparece de uma maneira atractiva e associada a um estilo de vida idealizado pelos jovens (MacFadyen *et al.*, 2003 *in* Carson *et al.*, 2005). Neste âmbito, destaca-se a influência dos ídolos, oriundos do cinema, da televisão ou da música, através das suas atitudes e comportamentos. Carson e colaboradores (2005) referem que os adolescentes que lêem revistas de moda e de entretenimento são mais susceptíveis ao tabagismo e, por outro lado, os jovens leitores de revistas de saúde e *fitness* têm menor propensão para fumar. Outra percepção transmitida por alguns *mass media*, refere-se ao facto do tabaco reduzir o peso. Este facto, segundo alguns estudos (Tomeo *et al.*, 1999; Zucker *et al.*, 2001 *in* Carson *et al.*, 2005), é um factor importante que encoraja o tabagismo nos jovens, particularmente nas raparigas.

Apesar das restrições ao *marketing* ao tabaco dirigido aos jovens, é comum o aparecimento de cenas de tabagismo em filmes. Charlesworth e Glanz (2005), num trabalho de revisão sobre o efeito do aparecimento de cenas de tabagismo em filmes, mostraram que, entre 1950 e 1990, ocorreu uma diminuição das mesmas. No entanto, a partir daí aumentou rapidamente, atingindo em 2002 os mesmos níveis de 1950. Nestes estudos, verificou-se que o uso de tabaco em filmes dirigidos a jovens era superior relativamente a filmes para adultos. No cinema raramente são mostrados os efeitos perniciosos do tabaco na saúde. Pelo contrário, o cinema mostra o tabagismo como um comportamento típico dos adultos, aumentando a percepção da prevalência e dos benefícios do tabaco. Por outro lado, segundo Charlesworth e Glanz (2005), a visualização de filmes contendo cenas de tabagismo incrementam a iniciação ao tabagismo pelos jovens.

As campanhas de intervenção que se centram no fornecimento de informação acerca dos comportamentos de risco têm um reduzido impacto. Contudo estes conhecimentos são fundamentais em qualquer intervenção. Neste contexto, os consumidores geralmente minimizam os riscos para a sua saúde, ao contrário dos não consumidores. Os fumadores conhecem alguns potenciais malefícios do tabagismo como o cancro de pulmão, mas desconhecem muitos outros. Daí que mais informação sobre os riscos menos conhecidos destes consumos poderá ser uma das vertentes das estratégias de



prevenção (Oncken *et al.*, 2005). Esta informação poderá ser fornecida, além das escolas, dos profissionais de saúde e nos locais de trabalho, em campanhas utilizando os *mass media*.

Para além das influências psicossociais e ambientais, os factores genéticos estão também envolvidos na iniciação ao tabagismo, e na sua dependência, e no padrão de consumo de álcool. Os estudos em gémeos são os que primeiramente poderão evidenciar o papel da genética numa determinada doença ou problema (Batra *et al.*, 2003).

Sullivan e Kendler (1999) citados por Batra e colaboradores (2003) referem que os factores genéticos contribuem com 56% na associação à iniciação do tabagismo e ao tabagismo regular, 24% para os riscos ambientais e os restantes 20% para os riscos individuais. Segundo estes autores, os factores genéticos estão bem patentes na transição para a dependência à nicotina (70%). A persistência em fumar também está substancialmente ligada a factores genéticos com efeitos semelhantes em ambos os sexos, embora os factores ambientais sejam também significativos (Madden *et al.*, 1999). As tentativas falhadas de cessação tabágica também estão relacionadas com a hereditariedade (Xian *et al.*, 2003). Em geral, os estudos em gémeos adolescentes, assim como em gémeos adultos, indicam que o papel da genética é maior na dependência e na quantidade do que na iniciação e na persistência. A iniciação e a persistência tabágicas são fortemente influenciadas por interacções entre factores ambientais e genéticos (Maserejian *et al.*, 2004).

As causas que influenciam a iniciação do consumo de álcool são distintas das que afectam os padrões de consumo. Estudos realizados (McGue *et al.*, 1992; Heath *et al.*, 1996; Meyer *et al.*, 1996; Wilson *et al.*, 1998 *in* Rose, 1998), com adolescentes gémeos têm demonstrado que a iniciação ao álcool é, primariamente, influenciado pelo padrão de consumo dos pais, irmãos, amigos e pelas diferenças sócio-regionais do ambiente onde reside o adolescente gémeo. A influência genética na iniciação ao consumo de álcool é negligenciável, mas, uma vez iniciado o consumo, as diferenças de frequência e quantidade são fortemente influenciados por factores genéticos. No entanto, esta influência é modulada pelos pais, irmãos, pares e variações sócio-regionais (Rose, 1998). A influência genética na quantidade de álcool consumida por adolescentes e jovens adultos é inequívoca. Neste contexto, têm sido realizados estudos (Heinz *et al.*, 2001, 2003; Koob *et al.*, 1997 *in* Hoffer *et al.*, 2005) em genes polimórficos dos sistemas dopaminérgico

e serotoninérgico que estão envolvidos nas variações do padrão do consumo de álcool. Estes estudos têm-se revelado inconsistentes ou a sua replicação tem falhado (Dick *et al.*, 2003 in Hopfer *et al.*, 2005).

O consumo de tabaco e de álcool por adultos tem sido associado ao baixo nível sócio-económico. No entanto, nos adolescentes esta relação não tem sido encontrada na Europa, Estados Unidos da América, Canadá e Israel. Assim, estes consumos não serão resultantes das desigualdades sociais, mas um problema generalizado a toda a sociedade (Setttertobulte *et al.*, 2001). O uso e a aceitação destes consumos ocorrem em quase todos os níveis da sociedade, sendo uma realidade com que os jovens têm de lidar. O fundamental nesta questão poderá ser a aprendizagem de competências que permitam aos jovens lidar com o consumo de tabaco e de álcool de maneira a prevenir danos próprios e nos outros (Pavis *et al.*, 1997).

### **3. A Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde**

Na década de 1970, no âmbito da Psicologia da Saúde, surge um novo paradigma teórico designado por Segunda Revolução da Saúde. Este paradigma veio a focar-se na saúde ao invés da designada Primeira Revolução da Saúde centrada na prevenção das doenças (Dias *et al.*, 2004). Este novo paradigma vem, de certa forma, complementar o anterior, caminhando-se para a própria definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1948: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Com esta mudança de paradigma, são introduzidos diversos conceitos inovadores, dos quais se destacam a Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde. Estes dois conceitos emergiram da evidência de que a maioria dos factores de risco das doenças são de carácter comportamental. Nesta perspectiva, a OMS (1988), refere que: " A saúde é um recurso para o dia-a-dia, não um objectivo de viver. É um conceito positivo que realça os recursos pessoais e sociais bem como as capacidades físicas. Um entendimento compreensivo da saúde implica que todos os sistemas e estruturas que governam as condições sociais, económicas e o ambiente físico devem ter em conta as implicações das suas actividades, relativamente ao seu impacto, no bem-estar e saúde individual e colectiva”.

A promoção da saúde tem sido entendida de várias formas. Uma das definições mais restritas, oriunda da Conferência Nacional sobre Medicina Preventiva dos Estados Unidos da América de 1975, refere que é basicamente um processo da medicina e da saúde pública. Por sua vez, o *European Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion*, em 1984, sugere que a promoção da saúde implica o desenvolvimento de políticas de saúde pública, a criação de ambientes de suporte, a participação da comunidade, o desenvolvimento das capacidades pessoais e uma orientação dos serviços de saúde, para além da mera prestação de cuidados clínicos e curativos (Dias *et al.*, 2004). Esta última definição vem ao encontro do conceito da OMS, que entende a promoção da saúde como um processo de capacitar as pessoas para exercerem o controlo sobre os determinantes da sua saúde de forma a melhorá-la. É um conceito em desenvolvimento que capacita os indivíduos na adopção de estilos de vida e de factores sociais, económicos, ambientais e pessoais que conduzem à saúde (OMS, 1986). Esta abordagem da promoção da saúde é baseada nos princípios básicos de participação, *empowerment* e equidade, inicialmente propostos na Declaração de Alma-Ata, em 1978, sobre os Cuidados de Saúde Primários e reforçados mais recentemente pela estratégia *OMS Saúde 21* (OMS, 1999). Neste contexto, a saúde tem sido considerada como um meio para atingir um fim, que pode ser expressa como um recurso que permite às pessoas obter uma vida individual, social e economicamente produtiva.

Segundo Caplan (1993), perfilam-se duas perspectivas muito diferentes sobre a saúde: a regulacionista social e a estruturalista radical. Na primeira, as estruturas existentes sustentam e regulam a sociedade e a mudança pode ser efectuada no âmbito das mesmas. Neste modelo, a finalidade da educação para a saúde (EpS) consiste em modificar as percepções individuais e fornecer as aptidões comportamentais necessárias à alteração do comportamento relativo à saúde (Bennett & Murphy, 1997: XII). Nesta perspectiva, a promoção da saúde é dominada pela visão de que os comportamentos individuais são largamente responsáveis pelos problemas de saúde e, conseqüentemente, as intervenções devem focar-se na mudança de comportamentos (Terris, 1992). Nesta abordagem educacionista da saúde, influenciada pelos modelos behavioristas, enfatiza-se a transmissão de conhecimentos para conduzir às desejadas mudanças nos comportamentos individuais e daí a uma população saudável. Esta perspectiva foi criticada por ser individualista, por se centrar na “culpabilização da vítima” e ignorar as condições sociais,

como a pobreza e a discriminação, que facilitam e encorajam os comportamentos não saudáveis (Minkler, 1999). Por oposição, a perspectiva estruturalista radical refere que a má condição de saúde reside nas desigualdades sociais, que conduzem a conflitos, tensões e desequilíbrios. Assim, este segundo modelo preconiza que a promoção da saúde deveria passar por uma mudança fundamental na organização da sociedade e na distribuição dos recursos. Tonnes (1990) citado por Bennett & Murphy (1997: XII) critica esta segunda abordagem, referindo que seria ingenuidade acreditar que todos os problemas de saúde possam ser resolvidos através da política social. Na visão de Tonnes, são muitas as ocasiões em que os indivíduos necessitam de compreensão pessoal, capacidade técnica e apoio individual.

A ênfase dada à mobilização social não significou o abandono dos modelos de mudança comportamental na promoção da saúde. Pelo contrário, estes devem ser incorporados como uma das estratégias de intervenção. Neste sentido, os modelos de mudança comportamental incorporaram a ideia de que as intervenções necessitam de ser sensíveis à educação e às escolhas dos indivíduos e ao papel da comunidade nessas intervenções (Valente *et al.*, 1998).

A partir de meados da década de 1980, e em particular com a Carta de Otava (OMS, 1986), a promoção da saúde passou a ser entendida não só como os esforços educacionais e as mudanças individuais, mas também a promoção de políticas públicas e a mobilização das diversas forças sociais, incluindo famílias e comunidades, que conduzem a ambientes saudáveis (Rutten, 1995). A EpS deve considerar-se uma componente importante da promoção da saúde e um conjunto de experiências de aprendizagem que facilitam a adopção de comportamentos saudáveis (Glanz *et al.*, 1990). Desta forma, ao conceito de educação para a saúde sobrepõe-se o conceito de promoção da saúde, com uma definição mais ampla. É um processo que abrange a participação de toda a população no contexto da sua vida quotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Esta noção está baseada num conceito de saúde mais abrangente, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afectiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza) (Schall *et Struchiner*, 1999).

No esforço da promoção da saúde e, particularmente, da educação para a saúde, a escola constitui um local privilegiado para a sua implementação.

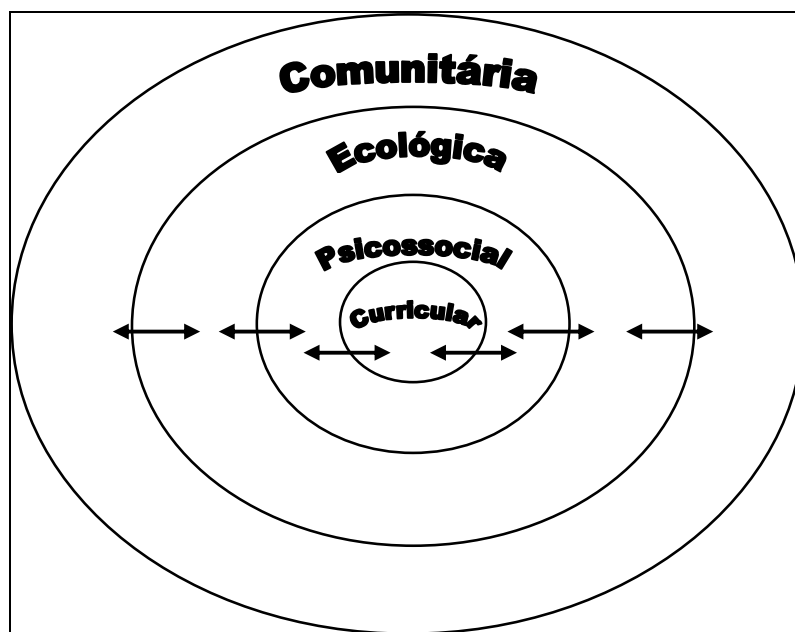
#### **4. A Educação para a Saúde na escola**

A escola é uma instituição fundamental para a obtenção de riqueza e de saúde das populações. A educação escolar é mesmo um factor primordial na diminuição do fosso entre ricos e pobres. Torna-se, por isso, vital que a escola prepare os alunos –futuros adultos- com uma elevada literacia para a saúde. Esta literacia compreende conhecimentos e competências que conduzam os jovens a serem participantes activos e responsáveis pela sua saúde e pela saúde comunitária (St Leger, 2001). Deste modo, apesar de, actualmente, se defender que a EpS é da responsabilidade de toda a comunidade, a escola é um espaço excepcional para a sua consecução. Esta situação resulta, por um lado, do facto de todas as crianças passarem pela escola, onde a EpS pode ser implementada por profissionais da educação. Por outro lado, é na infância e na adolescência que os indivíduos, em fase de formação física, mental e social, adquirem os comportamentos e hábitos de saúde (Precioso, 2004a). A estas razões acresce o facto de muitas crianças e jovens terem na escola a única oportunidade de aprendizagem dos hábitos básicos de higiene e outros comportamentos de saúde. Nesta medida, a UNESCO e a Oficina Internacional de Educação para a Saúde aconselham que, a par com os conhecimentos científicos e os hábitos sociais que permitem enfrentar os problemas da vida comunitária, a EpS deva ser implementada para alcançar o maior grau possível de saúde física, mental e social (Sanmarti, 1988; Pardal, 1990 *in* Precioso, 2004a). Neste contexto, as escolas promotoras de saúde constituem o modelo recomendado pela OMS para promover a saúde e a EpS junto dos alunos (Precioso, 2004a).

A EpS na escola visa incutir nos alunos atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças (Sanmarti, 1988; Pardal, 1990 *in* Precioso, 2004c). Deve ainda torná-los responsáveis pela sua própria saúde e prepará-los para a vida em comunidade, adoptando um estilo de vida saudável e capacitando-os para influenciar positivamente a saúde dos outros (Precioso, 2004c). De acordo com este autor, a EpS tem sido e pode ser

implementada na escola de várias formas. As mais importantes passam pela inclusão de tópicos de saúde nas diversas disciplinas, sobretudo as de Ciências Naturais; pela realização de actividades extra-curriculares, tais como conferências realizadas por técnicos de saúde, o visionamento de vídeos, entre outras; pelo tratamento como área transversal, envolvendo todos ou parte dos professores da turma; a criação de uma disciplina específica e o programa das Escolas Promotoras de Saúde.

Uma escola promotora de saúde é caracterizada como uma instituição que procura constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propícios ao desenvolvimento da saúde (OMS, 2001). Nas palavras de Vivian Rasmussen, membro do secretariado técnico da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde<sup>1</sup>, “a Escola Promotora de Saúde não deve ser considerada só como um projecto, mas sim como um processo a longo prazo, facilitando um melhor desenvolvimento escolar e bem-estar.” Segundo Navarro (1999), as escolas, para seguirem a filosofia e a prática das Escolas Promotoras de Saúde, devem promover mudanças nas seguintes dimensões: Curricular, Psicossocial, Ecológica, Comunitária e Organizacional, de acordo com o esquema da figura 1.1.



**Figura 1.1:** As dimensões das Escolas Promotoras de Saúde (Adaptado de Precioso, 2004c).

---

<sup>1</sup> Publicado na brochura “A Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde”.

Na dimensão curricular, a escola deve adaptar as aprendizagens formais de maneira a que tanto os alunos como os professores estejam capacitados a estabelecer relações entre os conteúdos e a vida quotidiana. A dimensão psicossocial, referente ao ambiente e à cultura da escola, pretende incrementar o prazer na realização das actividades e o sentimento de pertença à instituição, estabelecendo um ambiente de solidariedade e entreajuda. Na dimensão ecológica, ambiciona-se a preservação e a melhoria dos espaços da escola, incluindo a sua higiene, principalmente nas cantinas e bufetes. A dimensão comunitária refere-se à integração da escola na vida da comunidade envolvente. Esta relação biunívoca, entre a escola e a comunidade, deve aproveitar os recursos existentes, tais como os centros de saúde, as câmaras municipais e as juntas de freguesia, de maneira a potenciar os resultados da EpS.

A Rede das Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) surgiu a partir das linhas estratégicas da Carta de Otava (OMS, 1986), baseando-se, ainda, na Convenção dos Direitos da Criança, na estratégia de *empowerment* (Freedman, 1984) e no investimento na mudança organizacional (Grosman *et al.*, 1996).

Carvalho (2004) sugere, a partir das conclusões de um estudo de caso, que se deve ter em conta alguns factores na implementação de Escolas Promotoras de Saúde, a saber:

- a capacidade de liderança da direcção da escola;
- a motivação dos professores;
- a formação dos professores;
- o tempo disponibilizado;
- as condições de comunicação na comunidade escolar;
- o papel dos alunos;
- a participação dos pais;
- a colaboração dos Serviços de Saúde e
- a importância do registo continuado da preparação, implementação e autoavaliação das actividades do projecto.

Em Portugal, o programa das Escolas Promotoras de Saúde nasceu em 1994, com a adesão de 10 escolas-piloto e 4 Centros de Saúde. O número de escolas aderentes foi crescendo e em 2002, eram cerca de 3 400 escolas e 266 centros de saúde, o que corresponde a um terço da população estudantil do ensino público não superior. Segundo

Loureiro (2004), nas escolas RNEPS, foi evidente o impacto positivo do programa das Escolas Promotoras de Saúde.

## **5. A Educação Para a Saúde segundo dois paradigmas**

Jensen (1997) reconhece duas abordagens antagónicas de EpS: o paradigma Moralístico e o Democrático.

### **5.1. A educação para a saúde moralística**

No contexto do paradigma moralístico, tradicional, a saúde é vista apenas como a ausência de doença e as causas dos problemas de saúde advêm somente de falhas no estilo de vida e no comportamento individuais. As definições de saúde e vida saudável, neste modelo, são conceitos semelhantes e confiáveis a peritos. Como consequência, esta abordagem pode ser considerada totalitária uma vez que não dá espaço ao pensamento próprio, nem a decisões acerca dos conceitos de saúde por parte dos alunos, assim como não dá qualquer importância à noção de vida saudável na perspectiva dos alunos. Desta maneira, não é surpreendente que a EpS moralística pretenda alterar o comportamento dos indivíduos por todos os meios possíveis porque este modelo assenta na ideia de que os peritos é que sabem o que é melhor para a saúde (Jensen, 1997). O enfoque dado, por este paradigma, ao estilo de vida como factor determinante para a saúde é baseado numa imagem *naïve* e simplista da realidade, o que pode dificultar a percepção de como a sociedade está estruturada, evolui e influencia o fluxo das nossas acções imediatas. Consequentemente, esta abordagem da EpS está embebida na ideologia da “culpabilização da vítima” (Crawford, 1977 *in* Jensen, 1997) e negligencia totalmente a investigação em sociologia, antropologia e em medicina social que demonstraram que as condições sociais são um factor primordial na promoção da saúde (Jensen, 1997).

Na escola, este paradigma tradicional traduz-se pelo fornecimento de informação, nas aulas, acerca da dieta, da actividade física, das drogas, da saúde oral, da sexualidade e



das relações afectivas, ente outros temas. Esta actuação baseia-se na crença de que tal informação promoverá o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis com impacto na redução das taxas de morbilidade e mortalidade (St Leger, 2001). Deste modo, não surpreende que a EpS moralística se tenha demonstrado ineficaz, dado que raramente levou à desejada mudança de comportamentos. Uma campanha anti-tabágica na Dinamarca demonstra este ponto de vista: alunos a partir dos 10 anos de idade e durante 5 anos receberam informação e diversos materiais acerca dos perigos do tabaco. No final desse período, a campanha foi avaliada e demonstrou-se que os alunos sujeitos à campanha não fumavam menos relativamente aos outros (Baelum, 1997 *in* Jensen, 1997).

## **5.2. A educação para a saúde democrática**

Como vimos anteriormente, a partir de meados da década de 1980, a Promoção da Saúde e a EpS evoluíram a partir de uma visão mais alargada do conceito de saúde. Jensen (1997) designou esta nova perspectiva de EpS como educação para a saúde democrática.

As considerações pedagógicas básicas do paradigma democrático são segundo Jensen (1997):

- a saúde é influenciada tanto pelas condições de vida como pelas escolhas associadas ao estilo de vida, tal como foi enfatizado pela OMS na *Health For All Strategy* (1985, 1986);
- as soluções para os problemas de saúde têm de ser encontradas tanto ao nível estrutural/social das condições de vida como ao nível pessoal/estilo de vida;
- as instituições responsáveis pela educação, como as escolas, têm a responsabilidade de desenvolver nos alunos as competências para agir ao nível pessoal e social de maneira a promover a mudança desejada.

A investigação realizada em escolas que exploraram o paradigma democrático levou ao aparecimento de vários princípios e conceitos-chave. Assim, a educação para a saúde deve basear-se num conceito holístico de saúde, ser orientada para a acção e envolver activamente os alunos (Jensen *et* Hedegaard, 1997 *in* Jensen, 1997). Estes três princípios enquadram-se no conceito de competência para a acção (*action competence*).

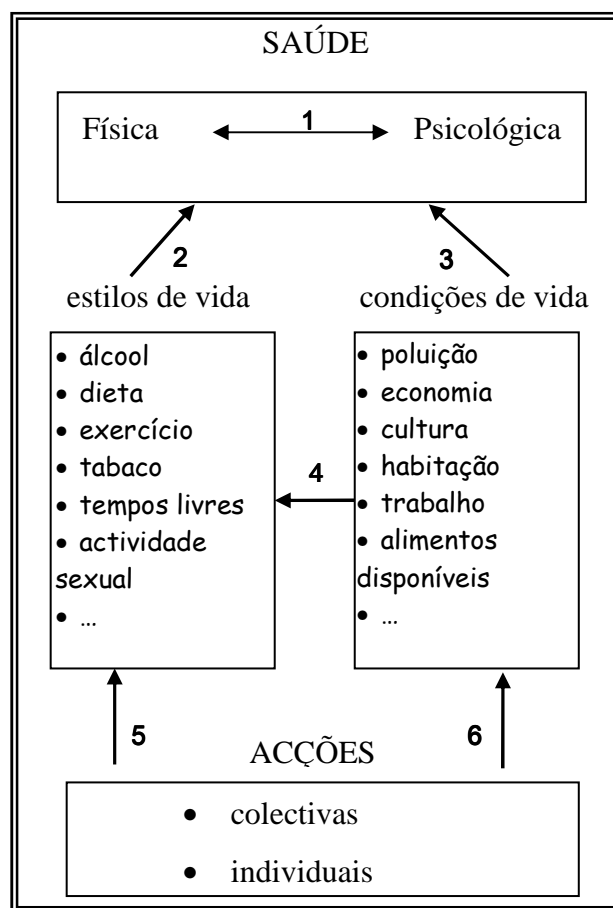
A competência para a acção tornou-se o conceito central da EpS nos países nórdicos. Em oposição à abordagem moralística de “mudança de comportamento”, a abordagem democrática envolve os alunos na tomada das suas próprias decisões acerca da saúde – e de acordo com a definição de saúde da OMS – das suas próprias percepções de vida saudável. Os alunos são, então, envolvidos no desenvolvimento de perspectivas para o futuro e na clarificação das mudanças pessoais e sociais e as acções necessárias para alcançar as suas próprias visões. Da experiência da rede dinamarquesa de escolas promotoras de saúde, foram identificados vários componentes da competência para a acção: conhecimentos/percepções, compromisso, perspectivas e experiências de acção (Jensen, 1997). Este conceito foi adoptado pela OMS (1997) no terceiro princípio da Resolução da Primeira Conferência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, a saber:

*“Empowerment and Action Competence*

*The Health Promoting School improves young people’s abilities to take action and generate change. It provides a setting within which they, working together with teachers and others, can gain a sense of achievement. Young peoples’ empowerment, linked to their visions and ideas, enables them to influence their lives and living conditions. This is achieved through quality educational policies and practices, which provide opportunities for participation in critical decision making.”*

Esta resolução foi um sinal do crescente reconhecimento do conceito de competência para a acção e, portanto também, do paradigma democrático.

No âmbito do paradigma democrático, o conceito de saúde é visto de uma maneira holística, de acordo com a própria definição da OMS. Esta noção holística de saúde pode ser traduzida pela visão de um indivíduo na sua plenitude inserido num ambiente pleno. Este conceito é ilustrado na figura 1.2, onde se destacam os elementos mais importantes.



**Figura 1.2:** O conceito holístico de saúde (Adaptado de Jensen, 1997). A seta (1) representa a pessoa vista como um todo nas suas dimensões física e psicológica; as setas (2) e (3) ilustram o indivíduo influenciado pelo estilo de vida e pelas condições de vida; a seta (4) traduz a dependência dos estilos de vida às condições de vida; as setas (5) e (6) apontam a necessidade de desenvolver de acções direccionadas para os estilos de vida e para as condições de vida durante o processo ensino e aprendizagem.

O conceito de acção tem duas características-chave no paradigma democrático de EpS: deve ser propositadamente direccionado para a resolução de um problema e deve ser decidido pelos que a levarão a cabo (Jensen, 1997).

A grande questão que naturalmente surge consiste na forma como os professores e alunos lidam com os problemas no sentido de desenvolver a competência para a acção. Com base na experiência de vários grupos de trabalho da Rede de Escolas Promotoras de Saúde, Jensen (1997) propõe a abordagem 'IVAC' (*Investigations–Visions–Actions–Changes*), onde alguns grupos de questões podem ser desenhadas (Quadro 1.1):

<b>A- Investigação de um tema</b> Porque é importante para nós? Qual a sua significância para nós/para os outros? – agora/ no futuro? Qual a influência do estilo de vida e das condições de vida? A que influência estamos expostos e porquê? Como estava a situação antes e porque mudou?
<b>B- Desenvolvimento de perspectivas</b> Que alternativas são imagináveis? Como são as condições noutros países e culturas? Que alternativas preferimos e porquê?
<b>C- Acção e mudança</b> Que mudanças poderão advir, aproximadas às nossas perspectivas? Como chegarão as mudanças? Através de nós próprios, da escola, da sociedade? Que possibilidades de acção existem para se realizarem as mudanças? Que barreiras poderão surgir na implementação destas acções? Que obstáculos poderão dificultar as acções de resultarem em mudanças? Que acções vamos empreender? Como vamos avaliar estas acções?

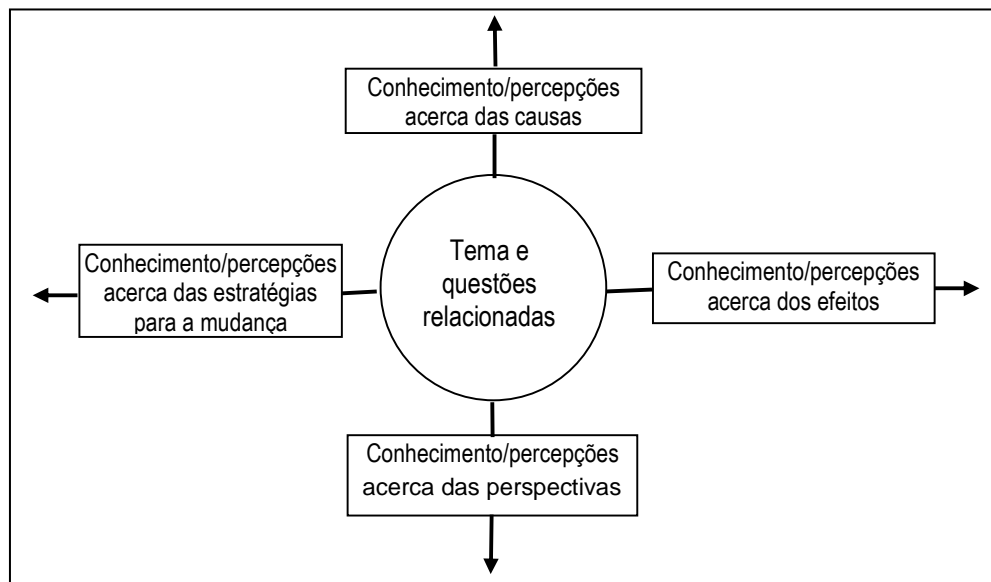
**Quadro 1.1:** A abordagem IVAC (Jensen, 1997).

A abordagem (IVAC) pedagógica acima referida é apenas uma das pré-condições para o desenvolvimento de uma alternativa democrática na EpS. A formação contínua, o apoio de profissionais no âmbito do problema, e o apoio dos colegas, direcções de escola, encarregados de educação e pessoas-chave da sociedade local constituem outros pré-requisitos.

A abordagem IVAC provou ser um bom guia para professores em países como a Dinamarca, a República Checa e a Austrália (Jensen, 1997). No entanto, na implementação deste modelo têm surgido alguns obstáculos. Os alunos sentem dificuldade em relacionar os conhecimentos acerca de determinados temas e em desenvolver as competências de cidadania activa e informada. Os professores, por seu lado, sentem dificuldade em avaliar, nos alunos, o desenvolvimento da competência para a acção e sentem-se isolados na implementação do modelo. Acresce ainda, como dificuldades, a mudança anual de professor e a falta de empenho da comunidade educativa na implementação do conceito de escola promotora de saúde. Por último, o tempo necessário

para o projecto nem sempre está disponível, uma vez que os pais e os professores têm como prioridade a leccionação dos conteúdos das disciplinas (Ferreira *et* Welsh, 2004).

A perspectiva democrática de educação para a saúde defende que, a partir do desenvolvimento de conhecimentos e percepções, os alunos adquiram a competência para a acção e para a mudança. Esta finalidade pode ser alcançada através de um projecto de acção orientado pelo professor. No seu desenvolvimento, podemos considerar quatro dimensões de conhecimentos e percepções (figura 1.3), a partir das quais um determinado tema de saúde pode ser analisado.



**Figura 1.3:** As quatro dimensões dos conhecimentos e percepções na abordagem de temáticas de saúde (Adaptado de Jensen, 2000).

A primeira dimensão lida com o conhecimento acerca da existência e da extensão dos problemas de saúde. As consequências individuais e sociais são relacionadas com as condições ambientais, estilo de vida e relações sociais. A segunda dimensão trata das causas dos problemas de saúde e dos factores que ameaçam ou potenciam a qualidade de vida. A terceira dimensão inclui o processo de mudança. Compreende os conhecimentos de como cada indivíduo pode tentar controlar a sua vida, como influenciar o ambiente escolar e como contribuir para alterar as condições de vida na comunidade. Finalmente, na quarta dimensão são desenvolvidas as alternativas e as perspectivas futuras. O

desenvolvimento, nos alunos, de alternativas e perspectivas constitui um pré-requisito importante no desenvolvimento da competência para a acção (Settertobulte *et al.*, 2001).

No presente trabalho de investigação apoiamos a perspectiva democrática de educação para a saúde, onde os conhecimentos e as percepções devem ser mais extensas, focando as quatro dimensões atrás referidas, e mais coerentes. Deste modo, defendemos o desenvolvimento de uma alternativa à tradicional abordagem da informação para a saúde, moralizante e voltada para a mudança comportamental. Neste sentido, a mudança comportamental não deve ser a base da EpS. A alternativa democrática implica a partilha da responsabilidade do processo ensino/aprendizagem entre o professor e os alunos, a estimulação da curiosidade e do espírito crítico, e a ênfase no desenvolvimento da capacidade interventiva dos alunos.

## 6. O TABACO

*Tobacco addiction is a communicated disease — communicated through advertising, sports, marketing and sponsorship. Tobacco advertising bans protect people, especially the young. Lured in large numbers by the glare and glamour of tobacco marketing that sells a deadly product as the taste of freedom and fashion, between 80,000 and 99,000 children and adolescents in the world take to tobacco every day.*

(Organização Mundial de Saúde, 2000)

O hábito de fumar constitui a segunda maior causa de morte no mundo (GYTS, 2002). É actualmente responsável por 10% dos óbitos dos adultos (20% nos países desenvolvidos), a que corresponde cerca de 5 milhões por ano. Os custos económicos do consumo de tabaco em 1994, estimados pela OMS, atingiram cerca de 20 mil milhões de dólares. Este valor inclui, não só os gastos com a saúde, mas também as quebras de produtividade dos trabalhadores (Raveedran *et al.*, 2005). Por outro lado, a OMS considera o consumo de tabaco como a mais importante causa isolada de morbilidade e mortalidade no mundo ocidental (Mendoza, 1999 *in* Precioso, 2004b). Na União Europeia, o número anual de óbitos é de meio milhão e em Portugal de oito mil e quinhentos (Ministério da Saúde, 2003).

As percentagens de fumadores adultos têm decrescido na maioria dos países desenvolvidos, especialmente entre os homens. O consumo de tabaco em Portugal tem, também, vindo a diminuir, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos, sendo o sexo masculino o principal responsável por esta diminuição (com excepção do grupo etário dos 25-44 anos, onde se regista um aumento da prevalência de fumadores). Está, no entanto, a aumentar no sexo feminino de forma preocupante (Ministério da Saúde, 2004). Contudo, a prevalência do tabagismo entre os adolescentes, nos Estados Unidos da América e na Europa, tem-se mantido estável ou apresenta um acréscimo, na década de 1990. Na Alemanha, ocorreu um aumento de 60% de fumadores na faixa etária dos 12 aos 15 anos entre os anos de 1989 e 2004, acompanhada pela diminuição da idade média de iniciação ao tabagismo (Schulze *et al.*, 2005). Estes dados são muito preocupantes, já que, quanto mais cedo se inicia o hábito de fumar, maior a susceptibilidade a doenças relacionadas com o tabaco (Taioli *et al.*, 1991; Everett *et al.*, 1999; Escobedo *et al.*, 1993 in Schulze *et al.*, 2005) e menores as probabilidades de cessação tabágica (Breslau *et al.*, 1996; Chen *et al.*, 1998; Chassin *et al.*, 1990 in Schulze *et al.*, 2005).

Estudos efectuados por DiFranza e colaboradores (2002) citados por Precioso (2006), mostram que as crianças tornam-se dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos e com quantidades de tabaco baixas (dois cigarros por dia durante quatro a seis semanas). Estes investigadores constataram, ainda, que as raparigas ficavam mais facilmente viciadas do que os rapazes.

Nutbeam, Mendoza & Newman (1988), Joossens (1988), Jodral (1992) citados por Precioso (2004b), relatam que 50 a 60% dos fumadores começa a fumar antes dos quinze anos de idade e cerca de 90% antes da idade adulta. Nebot (1995), Byrne (2001) também citados por Precioso (2004b) referem que, após a idade crítica para começar a fumar que se situa entre os 12 e os 15 anos, o risco de se tornar fumador regular diminui bastante. Embora, nos países desenvolvidos, a maioria dos actuais fumadores iniciou o hábito de fumar antes dos 18 anos, os estudos epidemiológicos realizados em Portugal evidenciam que o consumo regular de tabaco ocorre mais tardiamente. Os dados do Inquérito Nacional de Saúde efectuado em Portugal, em 1995, mostraram que 39% dos fumadores iniciou o hábito de fumar entre os 18 e os 24 anos. Este inquérito evidenciou, também, um claro acréscimo da prevalência na faixa etária dos 24-34 anos e dos 35-45 em ambos os sexos,

revelando que muitos fumadores começaram a fumar já depois da idade adulta (DEPS, 1997; Nunes, 2002 *in* Precioso, 2004b).

De acordo com Dempsey e Benowitz (2001), 50% dos actuais jovens fumadores morrerão prematuramente de doenças relacionadas com o tabaco. A mortalidade e a morbilidade, associadas ao consumo de tabaco, aparecem ligadas a uma maior probabilidade de contrair numerosas doenças. Destas, destacam-se o cancro, as doenças respiratórias e as doenças do sistema cardiovascular. Em Portugal, relativamente ao cancro, um terço de todos os casos estão relacionados com o tabaco, em particular a 90 % dos cancros do pulmão, lábio, língua, boca, faringe e laringe, bexiga, rim, colo do útero, esófago, estômago e pâncreas. Quanto às doenças do sistema circulatório, o tabagismo está associado a 25% dos casos de doença isquémica cardíaca; a 75 a 80% dos casos de patologia respiratória crónica, bronquite crónica, enfisema e asma; irritação ocular e das vias aéreas superiores (Ministério da Saúde, 2003). Estas consequências perniciosas para a saúde resultam da inalação voluntária ou involuntária do fumo do tabaco.

O fumo do tabaco é uma mistura complexa de mais de 4000 compostos químicos que são inalados em conjunto, tornando-se difícil determinar o efeito de cada um *per si*. Esta dificuldade resulta não só do elevado número de compostos envolvidos, mas também do facto de o efeito singular de cada um deles poder ser distinto quando em combinação com outros constituintes do fumo. As substâncias do fumo do tabaco são libertadas no ar como partículas -fase particulada- ou como gases -fase gasosa-. Na fase gasosa, foram identificadas, entre outras substâncias, monóxido de carbono, cianeto de hidrogénio, óxidos de azoto, amónia, nitrosaminas, formaldeído, cianeto de hidrogénio e acrolina. A fase particulada é constituída pela nicotina e um conjunto de substâncias designadas por “TAR” (matéria particulada total). Alguns destes compostos apresentam propriedades irritantes para os tecidos e cerca de 60, incluindo as nitrosaminas, toluidina, níquel, benzopireno, cádmio, e polónio, foram identificados como tendo actividade tumoral (Denissenko *et al.*, 1996; Raveedran *et al.*, 2005). Estas substâncias possuem propriedades carcinogénicas, dado que podem causar a clivagem do ADN de cadeia simples (Borish *et al.*, 1985; Leanderson *et al.*, 1992 *in* Raveedran *et al.*, 2005). O benzopireno e os seus metabolitos podem ainda alterar a eficiência da transcrição (Wang *et al.*, 2003 *in* Raveedran *et al.*, 2005). Raveedran e colaboradores (2005) demonstraram, *in vitro*, que



um extracto de fumo de tabaco promovia alterações na expressão de numerosas proteínas, entre as quais a  $\alpha$ -actina, a  $\alpha$ -enolase e a miosina.

A nicotina é um alcalóide tóxico, sendo o agente responsável pela dependência química. Esta substância tem um período activo que varia de 1 a 2 horas e rapidamente atinge o cérebro, estimulando as vias dopaminérgicas e noradrenérgicas. Em geral, os indivíduos dependentes do tabaco exibem maiores distúrbios psiquiátricos que podem ter uma etiologia comum, envolvendo as vias metabólicas dos neurotransmissores e as características genéticas. As propriedades aditivas da nicotina resultam da capacidade de se ligar a receptores no cérebro, conduzindo ao aumento dos níveis de dopamina e serotonina nas regiões cerebrais envolvidas no prazer. O efeito da nicotina no sistema cardiovascular é mediado pelo sistema simpático concomitantemente com o aumento dos níveis de catecolaminas. Causa efeito estimulante ou relaxante quando em concentrações reduzidas ou elevadas, respectivamente (Maserejian *et al.*, 2004).

O hábito de fumar, como já foi anteriormente referido, constitui o maior factor de risco para a ocorrência de doenças pulmonares, incluindo enfisema, fibrose e cancro. Os mecanismos subjacentes a estas doenças compreendem alterações nas células epiteliais dos alvéolos que induzem o aumento da sua permeabilidade, a diminuição da produção de muco, a produção indesejável de citocinas inflamatórias e factores de crescimento, e o aumento do risco de cancro. No entanto, o efeito mais deletério do fumo do tabaco sobre o epitélio alveolar é a morte celular. Esta é causada pelo *stress* oxidativo, já que o fumo do tabaco contém e induz a génese de muitas espécies oxidantes reactivas: radical superóxido, peróxido de hidrogénio, radical hidróxido e peroxinitrito (Aoshiba *et al.*, 2003).

Nas vias aéreas, o fumo do tabaco induz a inflamação com o aumento do influxo de neutrófilos, linfócitos, eosinófilos, mastócitos e macrófagos, acompanhados da libertação de mediadores inflamatórios. Os danos resultantes são responsáveis pela patologia respiratória crónica que é irreversível e progressiva (Jindal *et al.*, 2004). A relação entre o tabaco e a asma é inequívoca, constituindo um factor de risco, de selecção e de severidade (Flodin, 1995; Higgins, 1977 *in* Jindal *et al.*, 2004).

O tabagismo é, também, o maior factor de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular. O efeito do fumo aumenta o risco de doença coronária, de trombose e de enfarte do miocárdio, através da activação das plaquetas que promovem a arteriosclerose e a trombogénese (Inoue, 2004).

As células endoteliais são a primeira linha de defesa dos vasos contra os danos induzidos pelo fumo do tabaco. Os fumadores apresentam frequentemente uma disfunção nas células endoteliais que conduzem ao aparecimento de doenças vasculares como a arteriosclerose e o aneurisma (Anderson *et al.*, 2004; Barua *et al.*, 2002; Sarkar *et al.*, 1999; Sue *et al.*, 1998; Wang *et al.*, 2000 in Raveedran *et al.*, 2005).

O hábito de fumar tem, igualmente, um impacto negativo na função renal, principalmente em indivíduos com hipertensão e diabetes. Este impacto negativo é demonstrado por diversas evidências epidemiológicas: incremento da taxa de excreção de albumina (proteinúria) em fumadores, aumento do risco da fase final de falha renal em fumadores, maior factor na predição do declínio da função renal em pacientes hipertensos, aumento da taxa de progressão de nefropatia diabética, incremento do risco de rejeição de transplante renal e do risco de cancro no tecido uroepitelial (Orth, 2002). Todas estas consequências não são exclusivas dos fumadores, mas estendem-se a qualquer indivíduo exposto ao fumo do tabaco.

O Fumo de Tabaco Ambiental (FTA) é constituído pelo fumo libertado directamente pelo cigarro durante a sua combustão (85%) e pelo fumo exalado pelo fumador (OMS, 1999). Apesar da dispersão no ar, em espaços pouco ventilados surgem ambientes com níveis consideráveis de poluição (Precioso, 1994 in Rios *et al.*, 2005), podendo um indivíduo inalar o equivalente a um cigarro por hora (Freitas, 1988 in Rios *et al.*, 2005).

Os primeiros estudos que evidenciaram que a exposição ao FTA incrementava o risco de desenvolvimento de várias doenças fatais surgiram em 1981 (Hirayama, 1981; Trichopoulos, 1981 in Jamrozik, 2005). Vários trabalhos de investigações concluem que o tabagismo passivo é um factor causal para várias doenças tanto em adultos como em crianças (Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997; National Health and Medical Research Council Working Party, 1997; Scientific Committee on Tobacco and Health, 1998 in Jamrozik, 2005). Só no Reino Unido, e por ano, poderá ser responsável por cerca de 620 óbitos no local de trabalho e por mais 10 000 em ambiente doméstico (Jamrozik, 2005). Os riscos para a saúde resultantes do FTA são maiores em ex-fumadores (com pelo menos 10 anos de abstinência ao tabaco) relativamente a indivíduos que nunca fumaram. Esta situação resultará da maior susceptibilidade dos ex-fumadores ao FTA em

virtude de terem acumulado danos irreversíveis como por exemplo mutações (Vineis *et al.*, 2005).

A exposição ao fumo do tabaco aumenta quatro vezes a incidência de problemas cardíacos (Ciruzzi *et al.*, 1998; Stefanadis *et al.*, 1998 in Kuo *et al.*, 2005; Paul *et al.*, 2004) e destrói a função autónoma cardíaca (Pope *et al.*, 2001). Estes problemas cardíacos estão relacionados com a indução de processos apoptóticos nos cardiomiócitos e consequente substituição por tecido fibroso (Kuo *et al.*, 2005). Nos fumadores passivos é incrementada a prevalência de infecções respiratórias agudas, hipersensibilidade e asma, especialmente em crianças (Jindal *et Gupta*, 2004) e é potenciado o efeito negativo do consumo de álcool na limpeza das vias aéreas pelo sistema mucociliar (Vander-Top *et al.*, 2005). Nas mulheres grávidas, o FTA tem originado o aumento do aborto espontâneo, do parto prematuro e de complicações na criança (Bureau Europeu para a Acção na Prevenção do Tabagismo, 1993 in Rios *et al.*, 2005). Segundo Yolton e colaboradores (2005), a exposição ao FTA por crianças e adolescentes diminui as capacidades cognitivas, mesmo quando essa exposição é reduzida. O FTA é, ainda, responsável por sintomas respiratórios crónicos, pelo aumento da intensidade e frequência dos sintomas asmáticos e pelo risco acrescido de otites recorrentes (OMS, 1999).

Segundo McNeill (1991), os jovens fumadores passam por uma série de fases:

- Pré-contemplação: nesta fase, os jovens ainda não pensam em fumar, mas podem receber mensagens favoráveis, originadas pelo tabagismo dos pais e irmãos, pela publicidade, pelos filmes e pela televisão.
- Contemplação: a influência dos pares adiciona-se às anteriores a ponto de a curiosidade levar os jovens a ponderar experimentar fumar.
- Iniciação: apesar da maioria dos jovens experimentarem fumar, apenas uma parte torna-se fumadora regular. Nesta fase os amigos são a maior influência.
- Experimentação: envolve repetidas tentativas de fumar. Os jovens podem tornar-se nicotínico-dependentes após fumarem um pequeno número de cigarros e tornarem-se fumadores regulares. Os amigos continuam a ser a maior influência.
- Tabagismo regular: para além da dependência e da habituação, esta fase pode envolver um novo conjunto de influências: factores individuais tais como as crenças acerca dos benefícios do tabagismo, auto-eficácia e auto-percepção;

factores sociais (preço e disponibilidade) e factores interpessoais, como por exemplo a política da escola.

- Manutenção: continuação da fase anterior, mas a dependência nicotínica torna-se o principal factor de continuidade.
- Cessação: quando ocorrem mudanças nas influências, tais como aumento do preço e a interdição do tabagismo em diversos locais.

De notar que estas fases são fluidas, reversíveis e podem recomeçar por diversas vezes. Naturalmente, as intervenções de prevenção tabágica, dirigidas a jovens, devem ser implementadas antes que ocorra a dependência nicotínica.

## 7. ÁLCOOL

*Once you take a drink of alcohol, trillions of potent molecules surge through your blood stream and into your brain. Once there, they set off a cascade of chemical and electrical events, a kind of neurological chain reaction that ricochets around the skull and rearranges the interior reality of the mind. These molecules elevate the levels of dopamine, which are associated with the feelings of pleasure and elation. Dopamine can be elevated by a hug, a kiss, a word of praise or a winning hand in cards, as well as the potent pleasure that comes from drugs.*

(“Addicted”, Time magazine, May 5, 1997)

A Europa é o continente que regista o maior consumo de álcool. Neste continente, os óbitos relacionados com o álcool estimam-se em cerca de 6% do total (Harkin *et al.*, 1997 in Settertobulte *et al.*, 2001). O consumo de álcool é ainda responsável por um grande prejuízo nos orçamentos governamentais, resultante das perdas de produtividade e das despesas com as doenças associadas. Impõe também encargos acrescidos aos serviços nacionais de saúde, à segurança social, à justiça, aos seguros e aos transportes. Quando visto à luz das consequências que provoca, o álcool é, actualmente, visto como a mais perigosa substância psicoactiva (Settertobulte *et al.*, 2001).

Nos Estados Unidos da América, o alcoolismo continua a ser problemático, onde cerca de um quarto a um terço dos jovens consome álcool a ritmos considerados perigosos. Este problema está relacionado com a baixa “performance” escolar, comportamentos

sexuais de risco, tabaco e outras substâncias aditivas, assim como com problemas diversos de saúde mental (Brown *et al.*, 2005).

O consumo de álcool é alarmante entre os adolescentes. Os jovens, incluindo as raparigas, consomem álcool cada vez mais, especialmente cerveja. Para piorar a situação, o mercado apresenta uma nova categoria de bebidas alcoólicas - “alcopops” (refrigerante misturado com álcool) – especialmente criadas para os jovens (Settertobulte *et al.*, 2001).

As crianças com menos de 10 anos tendem a desaprovar o consumo de bebidas alcoólicas e a expressar opiniões desfavoráveis a este consumo (Jahoda & Cramond, 1972 *in* Pavis *et al.*, 1997). Os jovens com cerca de 14 anos tendem a modificar consideravelmente as suas atitudes, com muitos deles a expressarem opiniões favoráveis ao álcool (Aitken, 1978 *in* Pavis *et al.*, 1997). Para Gofton (1990), uma adequada compreensão dos padrões de consumo de álcool nos jovens envolve necessariamente os seus comportamentos e as suas percepções de lazer. Este autor sugere que, enquanto tradicionalmente o consumo de álcool servia para reforçar valores tais como o de comunidade, de masculinidade e de ordem social, os jovens de hoje entendem, cada vez mais, o álcool como ‘transformativo e mágico’. Ainda segundo Gofton (1990), muitos jovens percebem o álcool como uma droga que promove a mudança de humor (Gofton, 1990 *in* Pavis *et al.*, 1997).

Apesar de investigações (Evans *et* Dunn, 1995; Syre *et al.*, 1997 *in* Oei *et* Morawska, 2004) sugerirem que uma grande parte dos jovens estudantes colocam a sua saúde em risco, pelo consumo excessivo de álcool, estes parecem não reconhecer o problema. Para estes jovens, a ressaca parece ser o principal inconveniente do consumo de álcool (Crundall, 1995 *in* Oei *et* Morawska, 2004). Por outro lado, o consumo excessivo de álcool está associado a relações sexuais não planeadas e desprotegidas, comportamentos agressivos, a lesões graves resultantes de acidentes de viação, diversos problemas sociais e psicológicos (Weschler *et al.*, 1995 *in* Oei *et* Morawska, 2004), aumento da vulnerabilidade a quedas, incêndios e violência doméstica (Organização Mundial de Saúde, 2004). Estes problemas poderão resultar do efeito do álcool nos receptores da serotonina e do ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA), conduzindo a uma redução do medo e da ansiedade relativos às consequências sociais, físicas e legais dos actos individuais (Peterson *et* Pihl, 1990). Este facto pode explicar a relação entre o consumo de álcool e o

suicídio e as tentativas de suicídio. No Reino Unido, o risco de suicídio é cerca de oito vezes maior em indivíduos sob o efeito do álcool e um terço dos jovens que cometeram suicídio estavam, também, sob o efeito do álcool (NHS Advisory Service, 1994).

O álcool etílico ou etanol é um composto não iónico lipossolúvel miscível com a água. Depois de ingerido, é rapidamente absorvido no estômago e intestino e distribui-se por todo o corpo. Devido à sua elevada solubilidade nos lípidos, rapidamente penetra no sistema nervoso central. Em condições normais, cerca de 98% do álcool ingerido é oxidado em acetaldeído, principalmente pela enzima álcool desidrogenase (ADH), presente no estômago e fígado. O restante é eliminado pelos rins e por uma forma específica da enzima citocromo P450 (CYP2E1) presente no fígado. A quantidade desta enzima é incrementada com o consumo crónico de álcool, levando a que a percentagem de álcool oxidado por esta via seja maior (Zeigler *et al.*, 2005). À medida que o etanol é metabolizado no fígado, formam-se subprodutos potencialmente perigosos como o acetaldeído e os radicais livres. O acetaldeído é muito tóxico para o organismo, mesmo em baixas concentrações, pelo que a enzima aldeído desidrogenase (ALDH) rapidamente o oxida em acetato. As consequências do consumo de álcool no fígado são sequencialmente: fígado gordo, hepatite alcoólica e cirrose. No entanto, para que surjam estes sintomas, é necessário um consumo crónico, uma vez que o fígado possui uma grande capacidade de se auto-regenerar (Maher, 1997).

Contrariamente à crença de que os jovens rapidamente recuperam dos efeitos tóxicos do álcool, os indivíduos desta faixa etária sofrem, frequentemente, danos mais graves relativamente aos adultos, devido à menor massa corporal, ao padrão de consumo e, à inicial, ausência de tolerância e experiência no consumo de álcool. Esta situação leva a que o álcool seja um dos principais factores que contribuem para a morbilidade e mortalidade nos adolescentes (Zeigler *et al.*, 2005).

Enquanto as doenças crónicas associadas ao álcool são menos comuns nos jovens, alterações no apetite, perda de peso, eczema, cefaleias e distúrbios no sono são sintomas já mais habituais nos que o consomem. Os adolescentes consumidores habituais de álcool já apresentam sinais de danos hepáticos detectados por marcadores enzimáticos. O consumo de álcool na adolescência está, ainda, relacionado com danos cerebrais e défices

neurocognitivos que afectam a capacidade de aprendizagem e o desenvolvimento intelectual (Zeigler *et al.*, 2005).

Os jovens que apenas estão na fase de experimentação do álcool exibem poucos problemas. Com o aumento da dose e da frequência de consumo, o risco de uma dependência precoce e o aparecimento de problemas mais graves são bastante incrementados (Brown *et Tapert*, 2004; O'Malley *et al.*, 2004 *in* Brown *et al.*, 2005).

O alcoolismo pode ter severas repercussões no funcionamento de todo o sistema nervoso, particularmente no encéfalo. Os efeitos incluem alterações de emoções e de personalidade, assim como problemas de percepção, aprendizagem e memória. As técnicas de neuropatologia e imagiologia forneceram evidências de anomalias no encéfalo de alcoólicos, tais como atrofia dos nervos e redução do encéfalo. Os efeitos do álcool no cérebro ocorrem através de diferentes mecanismos, incluindo interferências nos canais iónicos, nos neurotransmissores e no sistema de sinalização celular. O álcool interfere com a acção de neurotransmissores como o glutamato, o GABA e outros (Oscar-Berman *et al.*, 1997). Assim, no sistema nervoso central, o álcool actua como depressor, potenciando a acção do GABA, o maior inibidor do cérebro humano, e inibe a acção do glutamato, o maior excitador do cérebro. Este facto contribui para os efeitos depressivos sobre a cognição e as capacidades motoras. No entanto, o consumo de álcool está associado ao incremento da actividade em algumas regiões cerebrais, estimulando a libertação de endorfinas. Estas induzem o estado de euforia que por sua vez pode reforçar o desejo de consumo de álcool. O álcool pode, também, estimular a libertação de dopamina, activando o sistema de recompensa dopaminérgico. Este sistema é considerado um importante mediador na dependência a substâncias aditivas (Zeigler *et al.*, 2005). O álcool tem, igualmente, um efeito negativo em alguns processos neurológicos como a regulação da temperatura, o sono e a coordenação psico-motora. Quantidades moderadas de álcool baixam a temperatura corporal e quantidades mais elevadas, em climas frios, levam à hipotermia, o que contraria a crença de que o álcool pode ajudar a aquecer o corpo. Uma quantidade reduzida de álcool pode provocar um efeito sedativo e sonolência, insónias e supressão da fase REM - *Rapid Eye Movement* (Oscar-Berman *et al.*, 1997).

O álcool exerce, ainda, numerosos efeitos adversos sobre o sistema hematopoiético. As consequências directas do consumo excessivo de álcool incluem efeitos tóxicos nos precursores das células sanguíneas, nas hemácias, nos leucócitos e nas plaquetas. Os

efeitos indirectos incluem deficiências nutricionais que alteram a produção e a função dessas células. As consequências compreendem a anemia, que, em casos mais graves, causa grande debilidade; o aumento do risco de infecções e interferência na coagulação sanguínea. Estes efeitos podem ser potenciados por problemas hepáticos, relacionados com o álcool, e deficiências nutricionais (Ballard, 1997). O consumo de álcool está, ainda, associado com o aumento da pressão arterial, independentemente de outros factores como a idade, o sexo, a etnia, o peso, o tabagismo e a classe social (Epstein, 1997).

Tanto o consumo crónico como o agudo de álcool podem comprometer a função renal, particularmente quando em conjunção com complicações hepáticas. Na membrana basal dos glomérulos ocorre a diminuição da sua espessura e a proliferação celular. Nos túbulos ocorrem alterações na forma e um aumento do volume celular com incremento da quantidade de proteínas, lípidos e água. Outros efeitos do álcool, na função renal, prendem-se com a dificuldade em regular o volume e a composição dos fluidos corporais e os mecanismos de controlo hormonal. Assim, o álcool inibe a libertação da hormona vasopressina (ou hormona anti-diurética), resultando num aumento do volume de urina. Nesta situação, a urina formada é diluída e a concentração de electrólitos no sangue aumenta proporcionalmente. Estas situações dependem, naturalmente, da quantidade e da frequência de ingestão de álcool e podem levar a estados de maior ou menor desidratação. O álcool pode também provocar alterações no equilíbrio ácido-base do organismo alterando a velocidade das reacções metabólicas (Epstein, 1997).

Uma vez que as bebidas alcoólicas não sofrem diluição, não surpreende o aparecimento de lesões ao nível das mucosas em indivíduos consumidores habituais. Os alcoólicos podem manifestar hipertrofia da glândula parótida, inflamação da língua e da boca, queda de dentes e gengivite (Kranzler *et al.*, 1990). O álcool pode, igualmente, alterar o funcionamento da cárdia e do piloro, permitindo o refluxo ácido do estômago, que danifica ainda mais a mucosa do esófago, aumentando o risco de cancro; no estômago interfere com a secreção do ácido clorídrico e com a actividade dos músculos estomacais. Interfere, também, na actividade dos músculos do intestino delgado e grosso, contribuindo para a ocorrência de diarreia, frequente nos alcoólicos. Inibe a absorção de nutrientes e aumenta a permeabilidade da mucosa intestinal, permitindo o transporte de macromoléculas e de toxinas. Ao induzir o crescimento de bactérias, fonte de endotoxinas, contribui para o desenvolvimento de lesões hepáticas e de outros órgãos, já que as



endotoxinas podem induzir a libertação de citocinas e interleucinas que promovem o desenvolvimento dessas lesões (Bode *et al.*, 1997).

A pancreatite alcoólica aguda ou crónica é, potencialmente, uma doença fatal. Os sintomas podem resultar do bloqueio dos ductos pancreáticos, assim como da destruição tecidual por acção de enzimas digestivas. Esta morte celular decorre da activação prematura das enzimas digestivas nas células acinosas (Wison *et al.*, 1992; Apte *et al.*, 1995 *in* Apte, 1997), do aumento da fragilidade dos grânulos zimogénicos (Haber *et al.*, 1994 *in* Apte, 1997)) e dos lisossomas, e da acção de subprodutos do metabolismo do álcool que danificam as membranas celulares. Os efeitos do álcool no pâncreas e dos seus subprodutos conduz a uma acumulação de enzimas digestivas e lisossomais nas células acinosas, através do incremento da sua síntese e, possivelmente, da diminuição da sua secreção (Apte *et al.*, 1997).

O álcool pode ser benéfico ou perigoso para o sistema cardiovascular, dependendo da quantidade consumida e das características do consumidor. O consumo excessivo encontra-se associado a muitos dos problemas do sistema cardiovascular tais como cardiomiopatia, arritmias cardíacas, hipertensão arterial e trombozes. Em contraste, o consumo moderado de álcool é reconhecido como tendo alguns efeitos benéficos na redução da arteriosclerose, protecção contra a formação de trombos e promoção da sua dissolução (Zakhari, 1997).

Os efeitos do álcool no sistema hormonal são múltiplos e complexos. Dependem do tipo, quantidade e padrão de consumo, nível de intoxicação e coexistência com outros problemas tais como malnutrição e disfunção hepática. Estas consequências incluem a disfunção da resposta imunológica, em consequência de distúrbios na produção de cortisol, testosterona, hormona de crescimento e prolactina; problemas reprodutivos; problemas cardiovasculares, resultantes de alterações dos níveis normais de glucose e lípidos, e ainda problemas ósseos, entre outros (Emanuele *et al.* 1997).

## **8. Programas de prevenção do consumo de tabaco e de álcool**

Tal como outros problemas comportamentais, o tabagismo e o consumo de álcool na adolescência envolvem a transgressão de normas sociais e legais, sendo que muitos dos

comportamentos de risco estão interrelacionados e tendem a actuar cumulativamente (Paavola *et al.*, 2004). Esta ideia é apoiada por diversos estudos que estabelecem uma forte associação entre o tabagismo, o consumo de álcool e o consumo de outras drogas (Raitakari *et al.*, 1987; Schuit *et al.*, 2002; Aaro *et al.*, 1995; Turbin *et al.*, 2000; Pohjanpää *et al.*, 1977; Tucker *et al.*, 2003 in Paavola *et al.*, 2004; Torabi *et al.*, 1993; Lai *et al.*, 2000 in Biederman *et al.*, 2006).

Para Calafat e Juan (2003), esta situação está relacionada com a cultura recreativa da sociedade actual, que ocupa um papel central e se encontra em expansão. As actividades de ócio, de diversão e de busca do prazer são algumas das características que melhor definem a sociedade contemporânea. Esta cultura recreativa está relacionada, por um lado com a definição da identidade e do estatuto dos cidadãos, em especial dos jovens, por outro com o consumo de substâncias psicoactivas. Deste modo, a prevenção do consumo destas substâncias, não pode estar desligada da compreensão desta cultura recreativa. Neste contexto, para o êxito dos esforços na prevenção e redução do tabagismo, do consumo de álcool e de outras substâncias aditivas, as intervenções deverão ter a sua acção em duas frentes: (1) a redução do fornecimento ou a redução do acesso às substâncias e (2) a redução da procura ou a diminuição da motivação para o consumo. O endurecimento dos impostos e da legislação que regula o acesso a estes produtos, por parte dos jovens, é considerado como uma consequência da relativa ineficácia, a longo prazo, dos programas de prevenção escolares (Harrison *et al.*, 2000).

Os comportamentos de saúde, tal como outros, são influenciados pelas atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e por modas que caracterizam e definem o estilo de vida de cada indivíduo. Estes, em grande parte, são responsáveis pela sensação de bem-estar biopsicossocial (Ribeiro da Silva, 2002). No entanto, para além do estilo de vida, o estado de saúde é determinado por factores biológicos e condições socioeconómicas. Deste modo, uma promoção da saúde eficaz deve ter em conta todo este sistema de determinantes da saúde. Esta perspectiva impõe intervenções a vários níveis: (1) centradas nos indivíduos, (2) centradas nas relações sociais e nos que controlam estas relações e (3) centradas nos processos ambientais e culturais (Bennett & Murphy, 1997: 65).

Os programas de promoção da saúde podem ser dirigidos a populações ou a grupos populacionais, usando métodos de comunicação de massa, medidas legislativas ou a

promoção de mudanças ambientais. Outros programas são direccionados aos indivíduos, usando métodos educacionais ou aconselhamento individuais e grupais. As intervenções populacionais são consideradas como tendo pouco impacto na redução do risco de um indivíduo em particular, apesar de consideradas eficazes em função dos custos, dado o elevado número de indivíduos envolvidos. Ao contrário, as abordagens individuais podem ter uma influência decisiva na redução do risco individual de doença, pelo que se consideram eficazes em função dos resultados (Bennett & Murphy, 1997: 65-66).

A abordagem informativa pode ser realizada através da escola e dos *media*. Esta informação, não só, deve ajudar os adultos a tomarem decisões para a aquisição de hábitos saudáveis, mas também é indispensável para a socialização dos jovens com a aquisição de normas promotoras de saúde e comportamentos saudáveis. Apesar de se poder organizar a informação de maneira a torná-la mais compreensível, utilizável e apelativa, ela por si só não é suficiente para provocar a mudança comportamental. No entanto, a informação faz a diferença quando embebida em programas bem delineados, baseados em teorias educacionais (Murphy, 2005).

Segundo Botvin *et* Kantor (2000), as abordagens, na prevenção do consumo de álcool, de tabaco e de outras drogas, que se baseiam em conhecimentos e atitudes ou abordagens centradas no medo, tem surtido efeitos negativos. Estes autores referem que as abordagens mais eficazes têm sido aquelas que se focam no ensino de competências de resistência social ou em combinação com outras competências para a vida. A aprendizagem de competências para a vida LST (*Life Skills Training*) tem sido uma das abordagens para a prevenção do consumo de tabaco e de álcool nos EUA. O programa LST, iniciado em 1980, foi projectado para ser aplicado em três anos consecutivos: nos sétimo, oitavo e nonos anos de escolaridade. Os métodos de intervenção incluem, além do ensino didáctico tradicional, a promoção da discussão em grupo, demonstrações na sala de aula e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais (Botvin *et* Kantor, 2000).

Os professores são os responsáveis primordiais pelos programas de educação para a prevenção do tabagismo, alcoolismo e outras adições. Contudo, é frequente o recurso a contributos externos para complementar a dos professores. No sistema educativo britânico cerca de 80% das escolas recorre a contributos externos incorporados nos seus programas de educação, para a prevenção do consumo de substâncias aditivas (Ofsted, 2002 *in* White *et al.*, 2004).

White e colaboradores (2004), numa de revisão sobre este assunto, concluem não existir evidências que sugiram a maior eficácia de um agente externo em particular sobre qualquer outro. Contudo, estes autores referem que os alunos consideram ser melhor informados por ex-consumidores e evocam melhor essa informação. Por outro lado, os contributos externos, quando combinados com as aulas, podem introduzir um conhecimento específico e a novidade, levando a um maior envolvimento dos alunos.

Lloyd e colaboradores (2000) citados por White *et al.*, (2004), concluem que a educação para a prevenção do consumo de substâncias aditivas deve iniciar-se no primeiro ciclo e prolongar-se até ao secundário. Por outro lado, as abordagens focadas no desenvolvimento de competências para a vida, as interactivas e as que se desenvolvem a longo prazo e intensivamente mostraram ser mais eficazes;

Alguns estudos demonstraram que os programas que utilizaram conteúdos para intimidar os jovens, que forneceram informação e que apelaram à moralidade e à mudança de personalidade ou carácter são altamente ineficazes (Cuijpers, 2002; Donaldson *et al.*, 1996 *in* White *et al.*, 2004). Outros investigadores referem que a abordagem tradicional de entrega de informação pelos professores, de uma forma não interactiva, são menos eficazes do que as abordagens que utilizam métodos activos, como a discussão em grupo e “role-play” (Fletcher *et al.*, 1997; Tobler *et al.*, 2000 *in* White *et al.*, 2004).

Para avaliar as intervenções, idealmente, os resultados deveriam ser determinados durante um longo período de tempo quer estas tenham sido de curta ou de longa duração. Os resultados relevantes das intervenções incluem os conhecimentos, as atitudes e as intenções futuras, assim como a aquisição de competências e a avaliação do comportamento actual. Contudo, Ofsted (2002), citado por White *et al.*, (2004), refere que a maioria das escolas mede a eficácia dos programas de intervenção em termos de aquisição de conhecimentos. Por outro lado, esses programas são ineficientes no desenvolvimento de valores, atitudes e de competências pessoais dos alunos que lhes permita tomar decisões informadas (White *et al.*, 2004).

### 8.1. Programas de prevenção do tabagismo

Thomas (2002) efectuou uma revisão detalhada de todas as intervenções relevantes de prevenção tabágica na população juvenil. Concluiu que apenas metade delas revelou alguns efeitos positivos na prevalência tabágica (Thomas, 2002 *in* Schulze *et al.*, 2005). Wiehe e colaboradores (2005), numa outra revisão das avaliações das intervenções escolares, acompanhadas durante pelo menos 12 meses, revelaram que apenas um oitavo delas estabelecia um efeito positivo a longo prazo (Wiehe *et al.*, 2005 *in* Schulze *et al.*, 2005). Skara e colaboradores (2003) referem que uma intervenção para ter resultados favoráveis, a longo prazo, terá de evidenciar, logo no início da sua implementação, um forte efeito positivo. Do mesmo modo, as intervenções que inicialmente obtenham um efeito fraco ou nulo, muito possivelmente não produzirão efeitos positivos a longo prazo. Destes estudos de meta-análise ressalta que grande parte dos programas de prevenção tabágica não atingiu os seus objectivos. Estes programas, tipicamente, adoptando uma abordagem sociocognitivista, conduzem os indivíduos a reflectir sobre as razões e as influências ambientais do uso do tabaco (Stacy *et al.*, 2005). Clayton e colaboradores (2000) defendem que a ineficácia destes programas de prevenção do tabaco junto dos adolescentes reside no facto de não considerarem a influência da tomada de decisões “a quente”, em consequência de estados emocionais experimentados, e tendem a confiar mais num modelo cognitivo de tomada de decisões “a frio”. Se um adolescente experiênciá, frequentemente, estados afectivos negativos como frustração, ansiedade, raiva, tensão e depressão, um modelo que se baseia na capacidade de cognitivamente e racionalmente reflectir nos comportamentos, provavelmente não terá o sucesso desejado. Outra debilidade dos modelos sociocognitivistas prende-se com o seu reduzido tempo de aplicação, impedindo os adolescentes, com estados afectivos negativos ou com problemas psicológicos, do apoio contínuo que eles necessitariam para assim estarem capacitados para a obtenção da mudança desejada (Stacy *et al.*, 2005).

Nas campanhas e programas de cessação tabágica, muitos dos jovens fumadores já pensaram ou tentaram deixar de fumar, mas têm encontrado barreiras na dependência psicológica e nicotínica. Diversas variáveis psicossociais têm sido teorizadas como sendo fundamentais na resistência à cessação e à reincidência tabágica, quer em jovens quer em adultos. Assim, os jovens que recebem mais ofertas de tabaco e que tenham amigos

fumadores têm sido sinalizados como mais mal sucedidos nas suas tentativas para deixar de fumar. Por outro lado, a rápida dependência criada pela nicotina também explica a dificuldade da cessação e a reincidência tabágica. Os sintomas de ressaca reportados em adolescentes incluem medo, irritabilidade, insónia, raiva e dificuldades de concentração. Deste modo, a aprendizagem de competências para contrariar as causas psicossociais e de combate aos sintomas de ressaca é fundamental para que um indivíduo motivado possa deixar de fumar (Sussman *et al.*, 2004).

## **8.2. Programas de prevenção do consumo de álcool**

Werch e colaboradores (2003) testaram uma intervenção num contexto de um programa de desporto. Os resultados sugerem uma potencial redução no consumo de álcool concomitantemente com o aumento da frequência do exercício físico.

Roona e colaboradores (2002), citados por Komro e Toomey (2002), numa revisão dos programas de prevenção mais relevantes, conclui que os programas de influência social são mais significativos na redução do consumo excessivo de álcool do que os programas baseados no desenvolvimento de competências para a vida. Por outro lado, nenhum destes dois tipos de programas reduziu significativamente o consumo de álcool. Segundo estes autores, a explicação para este facto residirá na grande aceitação social do consumo de álcool, tornando esta dependência (do álcool) a mais difícil de prevenir em contexto escolar. Estes investigadores salientam que o único programa de prevenção do consumo de álcool, implementado em contexto escolar, que revelou eficácia a longo prazo foi o LST (*Life Skills Training*), já anteriormente referenciado na prevenção do tabagismo. Griffin e colaboradores (2000) referenciados por Komro e Toomey (2002), numa análise etiológica das variáveis de nível individual, indicam que estas contam apenas para uma pequena percentagem da variância no consumo de álcool (Griffin, *et al.*, 2000 *in* Komro *et* Toomey 2002). Segundo estes autores, os esforços de prevenção escolares terão de ser complementados com iniciativas que envolvam a família, a comunidade e a implementação de políticas restritivas.

## 9. Problema em estudo e relevância do projecto

Na sociedade actual, o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas tem merecido uma preocupação crescente à medida que são melhor conhecidas as suas consequências. Este facto tem conduzido a que estas situações sejam menos toleradas, o que se tem traduzido, a nível político pela adopção, em diversos países, de legislação mais restritiva. Por outro lado, a maior visibilidade da problemática dos consumos de tabaco, de álcool e de outras substâncias aditivas conduz à percepção comum de que os jovens adoptam cada vez mais comportamentos de risco para a saúde. É relativamente fácil encontrar jovens com menos de 16 anos a fumar e a consumir bebidas alcoólicas em locais de divertimento e muitas vezes muito próximos das escolas, isto apesar de todas as campanhas oficiais e do incremento da EpS no currículo escolar. Esta constatação é apoiada em vários estudos internacionais e nacionais. "A Saúde dos Adolescentes Portugueses" - Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS (Matos *et al.*, 2000, 2003) é o mais completo a nível nacional. O estudo de Matos e colaboradores (2002) revela que ocorreu um aumento do consumo de tabaco e uma grande percentagem de jovens menores de 16 anos continua a consumir bebidas alcoólicas, com a agravante de o consumo de bebidas espirituosas, de maior teor alcoólico, ter aumentado em detrimento da cerveja. Outro facto relevante neste estudo é o aumento do alcoolismo agudo (embriaguez) juvenil. Depreende-se daqui que, aparentemente, nem as campanhas oficiais nem o incremento da EpS nas escolas parecem ter surtido efeito tanto na prevenção do tabagismo como na prevenção do consumo de álcool. Estando, desta forma, delimitado o problema ao início do hábito de fumar e ao início do consumo de álcool por menores de 16 anos, foram levantadas as seguintes questões que nortearam este estudo:

- Qual a significância das aprendizagens de EpS operacionalizadas na escola, através do processo de ensino e de aprendizagem?
- Que conhecimentos e percepções possuem os jovens consumidores de tabaco e de bebidas alcoólicas, acerca das consequências do tabagismo e do consumo de álcool?
- Que factores influenciam o padrão de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas?

- Como promover na escola a prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente o tabagismo e o consumo de álcool?

Os programas de prevenção do tabagismo e do consumo de álcool não podem estar dependentes da existência ou não de casos de tabagismo ou de alcoolismo entre os alunos. Até porque não é de esperar que eles ocorram, pelo menos abertamente, dentro da escola. Este facto não contraria a existência de tabagismo ou de consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens no seio da família ou no grupo de amigos. Por isso, sendo a escola um local privilegiado para a implementação da educação para a saúde (Precioso, 2004a), esta deve ser efectuada antes que surjam os casos de tabagismo ou de consumo desregrado ou excessivo de álcool. A prevenção destes comportamentos de risco é tanto mais importante, pois uma vez iniciados torna-se difícil a sua cessação.

## 10. Hipóteses

Apresentam-se as seguintes hipóteses face às questões anteriormente colocadas:

- As aprendizagens de temáticas de Educação para a Saúde, nomeadamente o tabagismo e o consumo de álcool são pouco significativas para grande parte dos jovens;
- Os jovens que consomem tabaco e bebidas alcoólicas ignoram os perigos inerentes;
- Os hábitos de consumo de tabaco e de álcool, por parte dos familiares e dos pares, constituem influências fundamentais do padrão destes consumos nos jovens;
- Actividades que proporcionem a intervenção activa e democrática<sup>2</sup> dos alunos são mais significativas na prevenção de comportamentos de risco.

---

<sup>2</sup> De acordo com o paradigma democrático defendido por Jensen (1997).



## **11. Objectivos do presente trabalho**

- Analisar a significância de várias temáticas e actividades de EpS promovidas na escola;
- Caracterizar as percepções, atitudes e os hábitos de consumo de tabaco e de álcool dos alunos;
- Estudar as razões que levam os alunos a adoptar, ou a não, hábitos tabágicos e de consumo de álcool;
- Relacionar as aprendizagens nestas temáticas com os hábitos de consumo de tabaco e de álcool nos alunos;
- Propor um plano de intervenção para promover uma mudança de atitudes face ao consumo de tabaco e de álcool;
- Estudar as percepções e atitudes face ao consumo de tabaco e de álcool dos alunos, após a aplicação do plano de intervenção;
- Promover, na educação para a saúde, a mudança de práticas pedagógicas moralísticas para uma abordagem democrática.



## **CAPÍTULO II**

---

### **METODOLOGIA**



## 1. O projecto de investigação

### 1.1. Pressupostos e opções metodológicas

De acordo com os objectivos anteriormente definidos, este projecto de investigação compreende duas partes. Na primeira, o estudo é descritivo e exploratório, tendo como finalidade narrar o sistema social, neste caso as escolas participantes, e as relações entre os vários eventos, de maneira a fornecer a informação de base acerca dos temas em questão (Sarantakos, 1998: 6). Na segunda, o estudo é longitudinal, uma vez que uma amostra de alunos é investigada mais do que uma vez (Sarantakos, 1998).

### 1.2. Cronograma do projecto de investigação

	Actividades
<b>Setembro 2005</b>	Pesquisa bibliográfica. Selecção das escolas e das turmas.  Pedidos de autorização para implementação do projecto: -ao Director Regional de Educação; ao Conselhos Executivos das escolas; aos Professores de Área de Projecto; Encarregados de Educação.  Apresentação do projecto: -ao Conselho de Turma e aos alunos.
<b>Outubro 2005</b>	Aplicação do questionário inicial aos alunos do 9º e 10º anos  Início da implementação do Plano de Intervenção
<b>Novembro, Dezembro 2005</b>	Recolha de actividades de EpS: -Planos de Actividades de Escola do actual e dos dois últimos anos lectivos; -Orientações curriculares das várias disciplinas dos 7º, 8º e 9º anos de escolaridade.
<b>Janeiro, Fevereiro e Março de 2006</b>	Continuação da implementação do Plano de Intervenção
<b>Abril 2006</b>	Finalização do Plano de Intervenção.
<b>Maió aJulho 2006</b>	Aplicação do questionário final aos alunos submetidos ao Plano de Intervenção.  Tratamento dos dados. Interpretação dos resultados. Conclusões do estudo.

**Quadro 2.1:** Cronograma de implementação das actividades do projecto de investigação.

### 1.3. As escolas e os alunos envolvidos

As escolas onde decorreu este projecto de investigação foram seleccionadas por estas serem do conhecimento pessoal do autor. Este conhecimento pessoal estende-se ao seu contexto socioeconómico e à observação de hábitos de tabagismo e de consumo de álcool em estudantes dessas escolas, indo ao encontro do problema em estudo.

A selecção dos sujeitos de investigação foi orientada pelos critérios enunciados por Miles e Huberman (1994: 34, referidos por Cochito, 1999: 66), a saber:

- a concordância manifestada por professores, alunos e respectivos encarregados de educação em participar no projecto;
- a relevância do problema e das questões de investigação;
- a probabilidade de ocorrência dos eventos que se pretendem observar;
- a importância dos resultados esperados;
- o respeito pelas questões éticas.

Para a realização deste trabalho de investigação, foi solicitada a autorização ao Director Regional de Educação do Centro, ao Conselho Executivo da Escola Secundária com 3º ciclo Frei Rosa Viterbo, ao Conselho Executivo da Escola Básica 2, 3/S de Penalva do Castelo, aos Encarregados de Educação dos alunos e aos professores de Área de Projecto.

Na investigação descritiva, optou-se pelo estudo dos alunos dos 9º e 10º anos de escolaridade, que se justifica por duas razões. A primeira prende-se com o facto de nestes anos se encontrarem os alunos com a idade mais referenciada para o início do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas. A segunda razão tem a ver com a possibilidade de se conhecerem as percepções e hábitos relativos ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas dos alunos, no final do ensino básico.

Os alunos participantes no estudo longitudinal frequentavam o 9º ano de escolaridade. A escolha de alunos do 9º ano, neste estudo, justifica-se, para além das razões já mencionadas para o estudo descritivo, pela abordagem de temáticas de saúde na disciplina de Ciências Naturais e pela possibilidade de implementar um Plano de Intervenção a partir da Área Curricular Não Disciplinar de Área de Projecto.

## **2. O estudo descritivo**

O estudo exploratório inicial pretendeu dar resposta às três primeiras questões de investigação (cf. capítulo I, página 40):

- Qual a significância das aprendizagens de EpS operacionalizadas na escola, através do processo de ensino e de aprendizagem?
- Que conhecimentos e percepções possuem os jovens consumidores de tabaco e de bebidas alcoólicas, acerca das consequências do tabagismo e do consumo de álcool?
- Que factores influenciam o padrão de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas?

O estudo descritivo pretendeu, também, dar a conhecer o contexto sócio-demográfico das escolas e dos alunos, onde se implementou o Plano de Intervenção.

### **2.1. A amostra**

A amostra corresponde a todos os alunos dos 9º e 10º anos de escolaridade da Escola Secundária com 3º ciclo Frei Rosa Viterbo, em Sátão (190 alunos, 34,5% do total da escola) e da Escola Básica 2, 3/S de Penalva do Castelo (126 alunos, 27,3% do total da escola). O número de alunos da amostra é de 316, o que corresponde a 73,3% de todos os alunos que frequentam os 9º e 10º anos de escolaridade dos concelhos de Sátão e Penalva do Castelo.

### **2.2. Instrumentos de recolha de dados**

#### **2.2.1. O questionário inicial**

Para o presente estudo, construiu-se um questionário (cf. Anexo 2) no intuito de obter informação sobre as perspectivas dos alunos e a forma como estes interpretam a realidade em observação, a EpS e os consumos de tabaco e de bebidas alcoólicas. Assim, este questionário teve em conta as variáveis sócio-demográficas, independentes e dependentes que poderiam dar resposta às questões de investigação, e que a seguir se descrevem:

<b>Variáveis sócio-demográficas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Idade;</li> <li>-Sexo;</li> <li>-Escolaridade dos pais<sup>1</sup>;</li> <li>-Profissão dos pais<sup>3</sup>.</li> </ul>
<b>Variáveis independentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepção das temáticas de saúde abordadas durante o percurso escolar;</li> <li>-Percepção do contributo de actividades de EpS na sala de aula ao longo do percurso escolar;</li> <li>-Percepção do contributo de actividades de EpS fora sala de aula ao longo do percurso escolar;</li> <li>-Percepção dos contributos para a EpS fora da escola;</li> <li>-Número de familiares fumadores;</li> <li>-Número de familiares não fumadores;</li> <li>-Número de familiares consumidores de bebidas alcoólicas;</li> <li>-Número de familiares não consumidores de bebidas alcoólicas;</li> <li>-Número de amigos fumadores;</li> <li>-Número de amigos não fumadores;</li> <li>-Número de amigos consumidores de bebidas alcoólicas;</li> <li>-Número de amigos não consumidores de bebidas alcoólicas;</li> <li>-Frequência da prática desportiva;</li> <li>-Frequência da utilização do computador/televisão;</li> <li>-Frequência de bares e discoteca;</li> <li>-Frequência de participação em Associações.</li> </ul>
<b>Variáveis Dependentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepções acerca do tabagismo;</li> <li>-Percepções acerca do consumo de bebidas alcoólicas;</li> <li>-Percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo;</li> <li>-Número de malefícios do tabagismo referidos;</li> <li>-Frequência de fumar;</li> <li>-Quantidade de cigarros consumidos por semana;</li> <li>-Atitude face à oferta de cigarros por um amigo;</li> <li>-Percepção do conhecimento dos malefícios do consumo de bebidas alcoólicas;</li> <li>-Número de malefícios do consumo de bebidas alcoólicas referidos.</li> <li>-Frequência de consumo de bebidas alcoólicas;</li> <li>-Quantidade de bebidas alcoólicas consumidos por semana;</li> <li>-Número de embriaguezes;</li> <li>-Atitude face à oferta de bebida alcoólica por um amigo.</li> </ul>

**Quadro 2.2:** Variáveis sócio-demográficas, independentes e dependentes do questionário inicial.

<sup>1</sup> Para estimar o nível sócio-económico das famílias, foi utilizada a escala de Graffard adaptada por Matos (2003) para as profissões e para o nível de escolaridade dos pais.



A implementação do questionário inicial realizou-se na primeira quinzena de Outubro de 2005, de acordo com as disponibilidades dos professores titulares das turmas. O investigador esteve presente nas turmas onde se pretendia, posteriormente, implementar o Plano de Intervenção para reiterar a importância de os alunos indicarem um pseudónimo no questionário.

### **2.2.2. Análise documental**

Para complementar a análise contextual, foram analisados os Planos de Actividades de Escola do actual e dos dois últimos anos lectivos (cf. Anexo 1) e as Orientações Curriculares e Programas para o Ensino Básico do Ministério da Educação, no sentido de pesquisar actividades de EpS.

## **3. O estudo longitudinal**

O estudo longitudinal envolveu a investigação dos efeitos da implementação de um Plano de Intervenção em alunos do 9º ano de escolaridade. Neste estudo, a eficácia da implementação do Plano de Intervenção é medida através da evolução das percepções, conhecimentos e atitudes acerca do tabagismo e do consumo de álcool, entre os momentos pré-intervenção e pós-intervenção. Esta investigação visava responder à quarta questão de investigação:

- Como promover na escola a prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente o tabagismo e o consumo de álcool?

### **3.1. Os sujeitos da investigação**

Os 49 alunos participantes no estudo longitudinal frequentavam o 9º ano de escolaridade, tendo estes já sido envolvidos na investigação descritiva. Estes alunos

estavam distribuídos por três turmas: duas da Escola Secundária com 3º ciclo Frei Rosa Viterbo e uma da Escola Básica 2, 3/S de Penalva do Castelo.

### **3.2. Instrumentos de recolha de dados**

#### **3.2.1. O questionário inicial**

Para o estudo longitudinal, os questionários iniciais (cf. Anexo 2), referentes aos alunos submetidos ao Plano de Intervenção, foram alvo de uma análise particular. Esta análise incidiu apenas nas respostas às questões correspondentes às percepções acerca do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, à percepção do conhecimento e à indicação de malefícios do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas e à atitude perante a oferta de tabaco e bebida alcoólica por parte de um amigo.

#### **3.2.2. O questionário final**

A elaboração do questionário final aos alunos submetidos ao Plano de Intervenção (cf. Anexo 3) foi efectuada com vista à obtenção da evolução das percepções acerca do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, da percepção do conhecimento e indicação de malefícios do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas e a atitude perante a oferta de tabaco e bebida alcoólica por parte de um amigo.

O questionário final, de acordo com o que foi referido anteriormente, foi estruturado de modo a fornecer as informações das seguintes variáveis, todas de natureza dependente:

<b>Variáveis Dependentes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Percepções acerca do tabagismo,</li><li>-Percepções acerca do consumo de bebidas alcoólicas;</li><li>-Percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo;</li><li>-Número de malefícios do tabagismo referidos;</li><li>-Atitude face à oferta de cigarros por um amigo;</li><li>-Percepção do conhecimento dos malefícios do consumo de bebidas alcoólicas;</li><li>-Número de malefícios do consumo de bebidas alcoólicas referidos.</li><li>-Atitude face à oferta de bebida alcoólica por um amigo.</li></ul>
------------------------------	---

**Quadro 2.3:** Variáveis do questionário final aos alunos submetidos ao Plano de Intervenção.

O questionário final pretendeu, também, avaliar o próprio Plano de Intervenção, com a auto-percepção, dos alunos, da evolução do conhecimento e da atitude acerca do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas; a opinião dos alunos acerca da sua participação, com a avaliação das actividades em que estiveram envolvidos e a opinião geral acerca do Plano de Intervenção.

O questionário foi aplicado cerca de um mês após o termo do Plano de Intervenção. Tal como anteriormente, o investigador esteve presente, solicitando aos alunos o anonimato com a indicação do respectivo pseudónimo.

Todos os questionários foram sujeitos a uma validação pelos peritos: Professor Doutor Luís Marques do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro e pelo Professor Doutor Luís Baptista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

### **3.3. O Plano de Intervenção**

A abordagem pedagógica seguida no Plano de Intervenção foi a sugerida por Jensen (1987) – IVAC (*Investigations–Visions–Actions–Changes*) - no âmbito do paradigma democrático de educação para a saúde.

A implementação do Plano de Intervenção decorreu entre meados de Outubro de 2005 e finais de Abril de 2006. As actividades foram desenvolvidas maioritariamente nas aulas de Área de Projecto. A razão da escolha desta área curricular não disciplinar para o desenvolvimento do Plano de intervenção prende-se com a sua própria natureza. De acordo com o artigo 5º do Decreto-Lei n.º 6/2001 de 18 de Janeiro, a Área de Projecto configura-se como o espaço para a concepção, realização e avaliação de projectos desenvolvidos a partir de problemas ou temas de pesquisa/intervenção de acordo com as necessidades e os interesses dos alunos. Embora nesta situação os temas tratados (tabagismo e consumo de álcool) não tenham partido dos alunos, estes foram por eles aceites. Outras disciplinas que contribuíram para o desenrolar das actividades foram: Língua Portuguesa, Matemática, Formação Cívica, Estudo Acompanhado e Educação Física.

### 3.3.1. Etapas do Plano de Intervenção

O Plano de Intervenção teve sempre um carácter dinâmico, uma vez que os alunos tiveram um papel activo em todo o processo, nomeadamente na escolha das actividades, dos materiais e na reflexão crítica do desenrolar das actividades.

Etapas	Estratégias educativas
<p><b>Investigação</b></p> <p>Que significado se atribui ao consumo de tabaco e de álcool?</p> <p>O que levará os jovens a iniciarem o consumo de tabaco e de álcool?</p> <p>Quais as consequências do tabagismo e do consumo de álcool?</p> <p>Como tem evoluído o consumo de tabaco e de álcool?</p> <p>Que significado dão os jovens ao consumo de tabaco e de álcool?</p>	<p><u>Trabalho de grupo e discussão em turma</u></p> <p>Porque razão o consumo de tabaco e de álcool pelos jovens constitui um problema?</p> <p><u>Trabalho de grupo e discussão em turma</u></p> <p>O que significa para mim fumar e consumir bebidas alcoólicas?</p> <p>O que leva os jovens a fumar e a consumir bebidas alcoólicas?</p> <p><u>Pesquisa orientada na Internet</u></p> <p>Seleccção de informação e imagens</p> <p><u>Trabalho de grupo e discussão em turma</u></p> <p>Comentário das imagens recolhidas e seleccionadas pelos alunos</p> <p><u>Pesquisa orientada na Internet</u></p> <p><u>Seleccção de informação</u> (tabelas e gráficos)</p> <p><u>Discussão em turma</u></p> <p><u>Elaboração de questionários</u></p> <p><u>Aplicação dos questionários</u> (A uma amostra aleatória de alunos da escola.)</p> <p><u>Tratamento estatístico dos dados do questionário</u></p>

<p><b>Desenvolvimento de perspectivas</b></p> <p>Que alternativas são imagináveis? Que alternativas preferimos?</p>	<p><u>Trabalho de grupo e discussão em turma</u> Que actividades se podem realizar para melhor conhecer a realidade do tabagismo? -Actividade escolhida: entrevista/debate com um não fumador, ex-fumador e a um fumador.</p> <p><u>Actividades de preparação da entrevista</u> -Seleccção das questões -Divisão de tarefas: entrevistadores e apresentadores</p> <p><u>Entrevista e debate</u> -não fumador -ex-fumador -fumador</p> <p><u>Pesquisa orientada na Internet</u> -Seleccção de informação</p> <p><u>Discussão em grupo e em turma</u></p>
<p><b>Acção e mudança</b></p> <p>Que possibilidades de acção existem para se realizarem as mudanças? Que acções vamos iniciar?</p>	<p><u>Discussão em grupo</u> Será que as campanhas contra o consumo de tabaco e de álcool são eficazes? Como prevenir o consumo de tabaco e álcool? Que contributo podemos nós dar para prevenir estes consumos? Que actividades podemos desenvolver?</p> <p><u>Discussão em turma</u> Seleccção das acções a desenvolver pelos alunos. Acções seleccionadas: -Apresentação de uma peça de teatro; -Acção de formação para turmas de anos inferiores, com apresentação dos resultados dos questionários; apresentações em <i>powerpoint</i>, debate e entrega de panfletos.</p> <p>Distribuição de tarefas.</p> <p><u>Desenvolvimento das acções</u> -Actividades preparatórias  <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Elaboração das apresentações em <i>powerpoint</i>;</li> <li>&gt;Elaboração de panfletos e cartazes;</li> <li>&gt;Ensaio das apresentações;</li> <li>&gt;Redacção do guião da peça de teatro;</li> <li>&gt;Ensaio da peça de teatro.</li> </ul>                     -Implementação das acções</p>

**Quadro 2.4:** Etapas e estratégias educativas do Plano de Intervenção.

A implementação do Plano de Intervenção decorreu entre meados de Outubro de 2005 e finais de Abril de 2006. As actividades foram desenvolvidas maioritariamente nas aulas de Área de Projecto, contando ainda com outras (Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, Educação Visual, Formação Cívica, Estudo Acompanhado e Educação Física).

Na implementação do Plano de Intervenção, o investigador teve um papel activo, apresentando o projecto em Conselho de Turma, coordenando o projecto com os directores de turma e os restantes professores envolvidos e participando em todas as aulas de Área de Projecto, onde se desenvolveu a maioria das actividades.

#### **4. Análise e tratamento de dados**

Os dados quantitativos foram tratados estatisticamente pelo programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 13.0. Os resultados obtidos são apresentados na forma de gráfico ou de tabela.

No cálculo da correlação de variáveis seleccionou-se o coeficiente de Spearman, dado tratar-se de variáveis ordinais. Para determinar diferenças significativas entre os momentos pré-intervenção e pós-intervenção optou-se pelo teste de *Wilcoxon signed rank* para dados não paramétricos.

Os dados qualitativos são apresentados, resumidamente, de forma descritiva e, alguns dos quais, complementados com citações de opiniões expressas.

##### **4.1. Codificação das variáveis ordinais**

Para o cálculo de médias, desvios-padrão, coeficientes de correlação de Spearman e teste de Wilcoxon, procedeu-se à codificação das variáveis ordinais de acordo com o quadro 2.5.

Variável	Codificação					
	0	1	2	3	4	5
Frequência de tempos livres	---	Nunca / Raramente	1 vez/mês	1 vez/sem	2 a 3 vezes / sem	Diário
Percepções acerca do tabagismo e do consumo de álcool	-----	Discordo muito	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo muito
Frequência de fumar ou de consumir bebidas alcoólicas	Nunca fumou	Experimentou	Ocasões	1 vez/sem	2 a 3 vezes / sem	Diário
Percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo	----	Mal	Razoavelmente	Bem	Muito bem	-----
Atitude perante a oferta de tabaco e bebida alcoólica	-----	Aceitava e agradecia	Aceitava para fazer vontade	Indeciso	Recusava	Recusava e dizia faz mal
Converso com a minha família sobre os perigos do tabaco	Não	Sim	----	----	----	----
Género	----	Masculino	Feminino	-----	-----	-----
Profissão dos Pais (Escala de Graffard)	----	Profissão que exige licenciatura	Profissão que exige bacharelato	Ajudantes técnicos, oficiais administrativos	Operários especializados	Trabalhadores manuais ou não especializados
Escolaridade dos pais (Escala de Graffard)	---	Até a 4ºano	6º ano	9ºano	12ºano	Curso superior

**Quadro 2.5:** Codificação numérica das variáveis ordinais.

As correlações de Spearman foram classificadas de acordo com o quadro 2.6 que a seguir se apresenta.

Valores dos coeficientes de correlação calculados	Classificação da correlação
+/- 1,00	Correlação positiva / negativa perfeita
+/- 0,70 a 0,99	Correlação positiva / negativa muito forte
+/- 0,50 a 0,69	Correlação positiva / negativa substancial
+/- 0,30 a 0,49	Correlação positiva / negativa moderada
+/- 0,10 a 0,29	Correlação positiva / negativa baixa
+/- 0,01 a 0,09	Correlação positiva / negativa ínfima
0,00	Nenhuma correlação

**Quadro 2.6:** Classificação utilizada dos coeficientes de correlação de Spearman (Adaptado de Silva & Filho, 2001).





## **CAPÍTULO III**

---

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**



Neste capítulo, apresenta-se uma breve caracterização do contexto socioeconómico das escolas e a apresentação e discussão dos resultados obtidos a partir da investigação realizada, distribuídos por duas partes: o estudo descritivo e o estudo longitudinal.

## **A. Caracterização do contexto socioeconómico das escolas**

O projecto de investigação decorreu em dois estabelecimentos de ensino: a Escola Secundária com 3º ciclo Frei Rosa Viterbo, situada em Sátão, e a Escola Básica 2, 3/S de Penalva do Castelo, localizada na sede do concelho com o mesmo nome. Ambas as escolas pertencem à Coordenação da Área Educativa de Viseu. Os concelhos de Sátão e Penalva do Castelo, eminentemente rurais, são contíguos e sofreram uma acentuada diminuição dos seus habitantes, provocada pelo forte surto emigratório, originando um envelhecimento populacional. As principais actividades económicas desenvolvem-se no sector da agro-pecuária, silvicultura e indústria alimentar.

## **B. O estudo descritivo**

### **1. A EpS escolar**

Neste ponto, são analisados os Planos de Actividades de Escola correspondentes ao actual e aos dois últimos anos lectivos, pesquisando as actividades de EpS promovidas pelas escolas onde decorreu este estudo, e as Orientações Curriculares e Programas para o Ensino Básico do Ministério da Educação, investigando as temáticas de EpS.

#### **1.1. Planos de Actividades de Escola**

As escolas onde decorreu o presente estudo integraram o extinto PPES (Programa de Promoção e Educação para a Saúde). Este facto levou à criação de um *habitus* de

implementação de actividades de EpS nas escolas que persistiu mesmo após o fim do PPES.

Analisando os Planos de Actividades de Escola, que integra actividades fora do âmbito do programa das disciplinas, constata-se uma quase constância dos temas e actividades de EpS abordados nas escolas nos três anos lectivos considerados.

Os temas de EpS abordados são diversificados compreendendo: a educação alimentar, o tabagismo, a educação sexual, acidentes domésticos e de viação, a saúde mental, a higiene pessoal, toxicodependência e as doenças cardiovasculares.

Relativamente às actividades realizadas durante os três anos lectivos nas duas escolas, no âmbito destas temáticas, estas compreendem a elaboração e publicitação de cartazes e folhetos (31 referências), elaboração e exploração de textos (5 referências), Visionamento de filmes (6 referências), Palestras (18 referências) e Jogos (3 referências).

As actividades são implementadas de um modo pontual e muitas vezes, apenas para comemorar uma data (ex: Dia Mundial da Alimentação). Por outro lado, embora não se tenham dados acerca do desenvolvimento destas actividades, a participação activa dos alunos poderá estar limitada à simples elaboração de materiais, a alguma pesquisa e alguma discussão dos temas em sala de aula ou durante as palestras.

## **1.2. Organização Curricular e Programas do Ensino Básico**

O estudo dos documentos: Organização Curricular e Programas do Ensino Básico, do Ministério da Educação (2004, 2005), revelam que a EpS é uma componente sempre presente no currículo dos alunos do Ensino Básico, desde o 1º ao 9º ano de escolaridade. Assim, no 1º ciclo, são abordados, em termos curriculares, os temas da higiene pessoal, higiene alimentar, posturas correctas do exercício físico e do repouso, normas de vigilância da saúde individual, hábitos saudáveis e perigos do consumo de tabaco, álcool e outras drogas.

No 2º ciclo, as temáticas de EpS encontram-se descriminadas sobretudo nas disciplinas de Ciências da Natureza e de Educação Física. Em Ciências da Natureza, é estudada a relação entre o funcionamento do corpo humano e os problemas de saúde e sua prevenção, os factores nocivos que podem colocar em risco a saúde física e mental, a

importância da alimentação, a influência da publicidade e da comunicação social nos hábitos de consumo e a defesa da saúde e da qualidade de vida. Na disciplina de Educação Física, é focada a importância da prática da actividade física na promoção da saúde e no conhecimento e aplicação de cuidados higiénicos e regras de segurança pessoais.

No 3º ciclo, na disciplina de Ciências Naturais, é salientada a importância de hábitos individuais e comunitários para a qualidade de vida, abordando os factores de risco para a saúde, medidas de acção para a promoção da saúde e a educação sexual, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. Na disciplina de Educação Física, é dada continuidade ao enfoque da importância da prática da actividade física na promoção da saúde e abordam-se os factores de saúde e de risco associados à prática das actividades físicas. Nas Línguas Estrangeiras, uma das competências é a relação harmoniosa do corpo com o espaço, numa perspectiva pessoal e interpessoal promotora da saúde e da qualidade de vida.

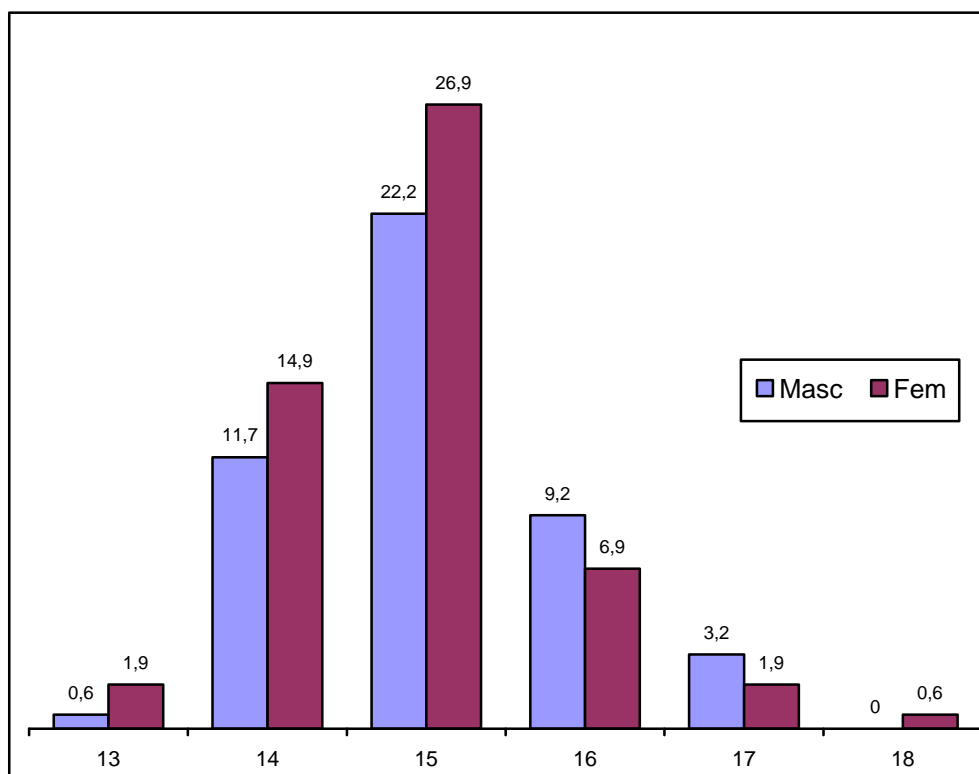
## **2. Os alunos, a EpS, o tabagismo e o consumo de álcool**

Apresenta-se seguidamente os resultados às questões do questionário inicial a todos os alunos do 9º e 10º anos de escolaridade, num total de 316. Mostra-se, também, os coeficientes de correlação de Spearman (Siegel, 1975) entre as variáveis.

### **2.1. Idade e sexo**

A idade dos alunos inquiridos (figura 3.1) está compreendida entre os 13 e os 18 anos, sendo a média de 14,97 anos. A maioria dos jovens (155; 49%) tinha 15 anos, sendo seguido por 84 (26,6%) com 14 anos de idade. Esta distribuição é explicada pela natureza da amostra: alunos do 9º e 10º ano de escolaridade. Os alunos com 13 anos correspondem aqueles que muito brevemente farão 14, idade normal sem repetências, de frequência do 9º ano de escolaridade. Os alunos com 16, 17 e 18 anos, são repetentes, uns do 9º e outros do 10ºano. A grande maioria dos alunos (78,2%) integra-se na idade crítica para começar a

fumar, que se situa entre os 12 e os 15 anos (Nebot, 1995; Byrne, 2001 *in* Precioso, 2004b). Quanto ao sexo, as raparigas constituíam a maioria (168; 53,2%).



**Figura 3.1:** Distribuição dos alunos por idade e sexo (N=316, valores em percentagem).

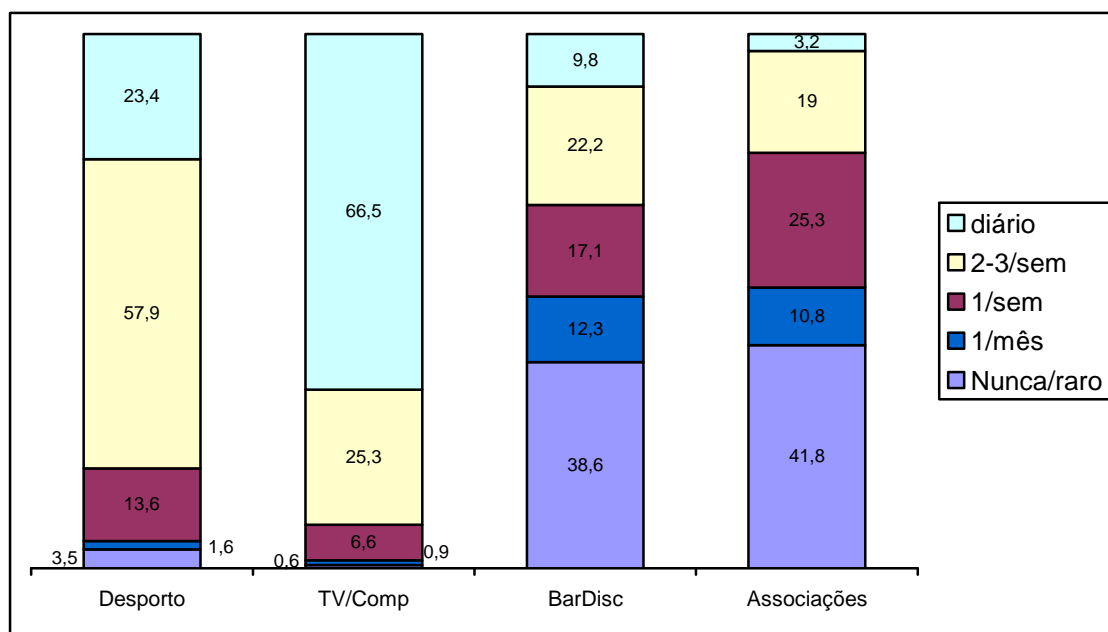
## 2.2. Tempos livres

A grande maioria dos alunos (94,9%) pratica desporto pelo menos uma vez por semana. Apenas 66,5% dos alunos refere ver televisão e/ou utilizar computador. Quase metade dos alunos (49,1%) frequenta, pelo menos uma vez por semana, bares e/ou discotecas. O gráfico mostra também que 47,5% dos alunos, pelo menos semanalmente, participam em actividades de associações.

No estudo HBSC 2002 (Matos *et al.*, 2003), 90,2% dos jovens dos 8º e 10º anos praticam pelo menos um desporto de grupo, 94,4% vêem televisão ou vídeo, 65,5% frequentam a discoteca e 54,7% participam em actividades associativas. Este estudo não especifica a frequência com que os jovens ocupam estes tempos livres. Contudo, na questão acerca dos locais frequentados nos tempos livres, a discoteca ou bares surgem com

a frequência “às vezes” com uma percentagem de 24,6 e com “muitas vezes” com a percentagem de 12,8%.

Embora, neste item seja difícil estabelecer uma comparação directa entre este estudo e o estudo HBSC 2002, os resultados sugerem valores semelhantes para prática de desporto, aparentemente os jovens deste estudo vêem menos televisão, frequentam mais regularmente bares e discotecas e menor proporção de alunos participa em actividades de associações.



**Figura 3.2:** Percepção pelos alunos da frequência de alguns tempos livres (N=316, valores em percentagem).

**TV/Comp:** Televisão e/ou computador;

**Bar/Disc.** Bares e discoteca;

**Associações:** Participação em associações;

**2-2/sem:** 2 a 3 vezes por semana;

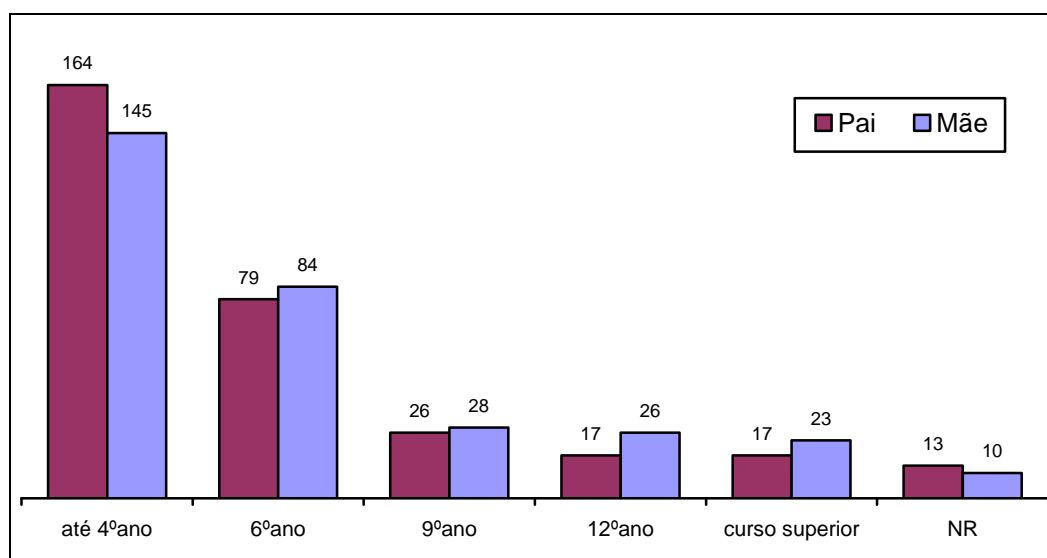
**1/sem:** 1 vez por semana;

**1/mês:** 1 vez por mês.

## 2.3. O contexto familiar

### 2.3.1. A escolaridade dos pais

Da análise da figura 3.3, torna-se patente que a maioria dos progenitores possui uma escolaridade igual ou inferior ao 4º ano, aparecendo o 6º ano como a segunda maior habilitação literária. Neste gráfico evidencia, também, a maior a escolaridade das mães.



**Figura 3.3:** Escolaridade dos pais e das mães dos alunos (frequências absolutas).

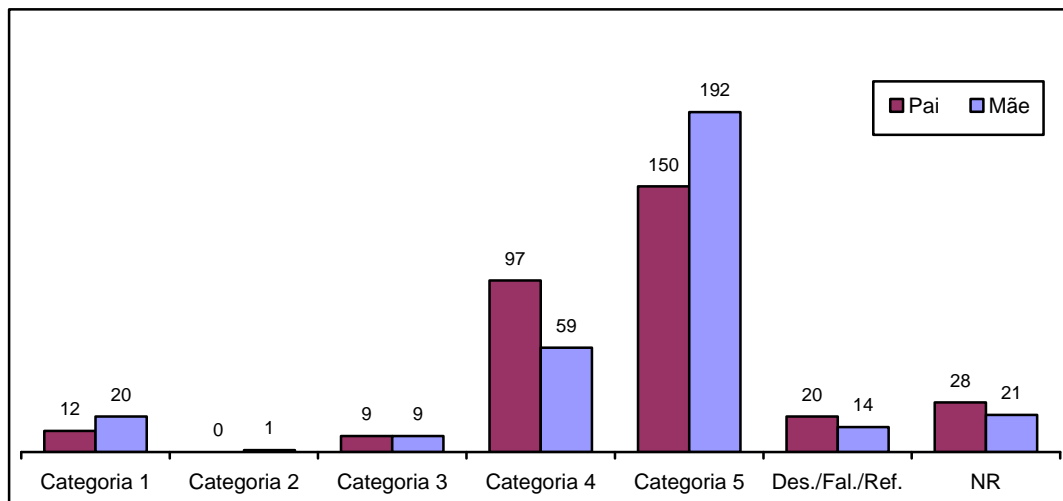
NR: Não respondeu.

### 2.3.2. A profissão dos pais

Da leitura da figura 3.4, ressalta que a grande maioria das profissões, em ambos os progenitores, incluem-se na categoria 5 (trabalhadores manuais ou operários não especializados). As profissões predominantes dos pais, nesta categoria são a de agricultor e de trolha, enquanto que nas mães a predominância é para a actividade doméstica ou agrícola. As mães são predominantes tanto nas profissões da categoria 1 como da categoria 5. Este resultado reflecte a baixa escolaridade dos pais, assim como as actividades



económicas predominantes da região: a agricultura tradicional e a silvicultura, que não exigem grandes qualificações académicas ou técnicas.



**Figura 3.4:** Distribuição das profissões dos pais e das mães dos alunos de acordo com a Escala de Graffard (frequências absolutas).

**Categoria 1:** Profissão que exige licenciatura;

**Categoria 2:** Profissão que exige bacharelato;

**Categoria 3:** Ajudantes técnicos, oficiais administrativos;

**Categoria 4:** Operários especializados;

**Categoria 5:** Trabalhadores manuais ou operários não especializados;

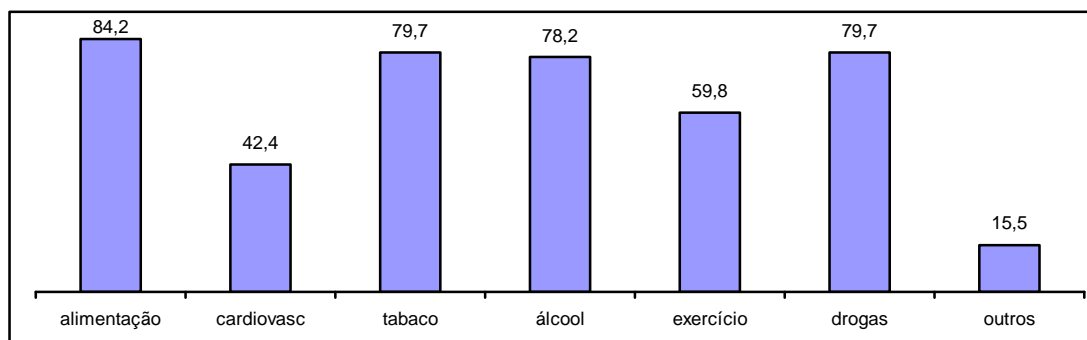
**Des./Fal./Ref.:** Desempregado/Falecido/Reformado;

**NR:** Não respondeu.

## 2.4. Representações de EpS

### 2.4.1. Temáticas de saúde abordadas no percurso escolar

Na figura 3.5 fica saliente que os alunos recordam mais a abordagem dos temas: “Alimentação”, “Tabaco”, “Álcool” e “Drogas” e apenas 15,5% evoca outros temas de EpS no seu percurso escolar.



**Figura 3.5:** Percepção pelos alunos das temáticas de saúde abordadas no seu percurso escolar (N=316, valores em percentagem).

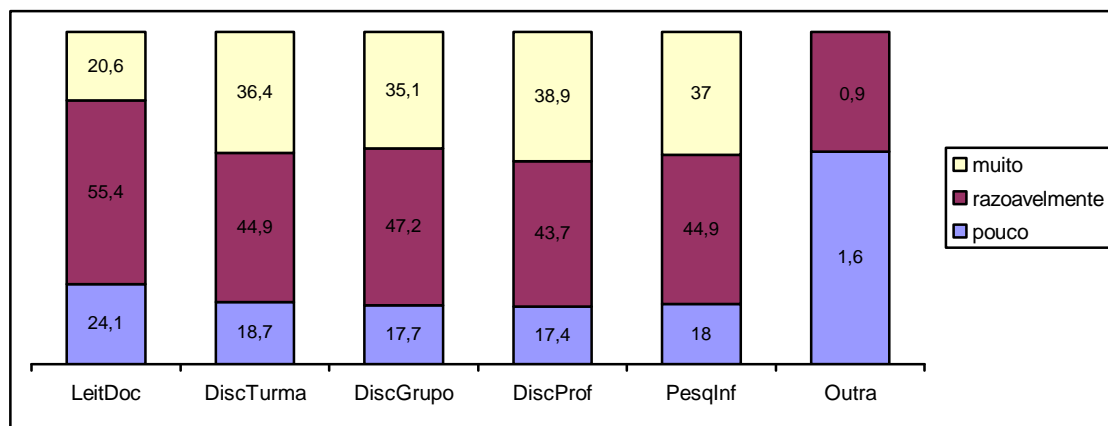
**Cardiovasc:** Doenças cardiovasculares.

De acordo com a análise dos Planos de Actividades de Escola e do programa das disciplinas do elenco curricular do Ensino Básico, os alunos abordaram, no seu percurso escolar, todos os temas de EpS apresentados no questionário. Deste modo, seria de esperar que todos os alunos referissem a sua abordagem e indicassem outros temas igualmente estudados no âmbito da EpS, designadamente a Educação Sexual. Contudo, os temas de EpS, apresentados no questionário, não são assinalados por parte dos alunos em percentagens que variam entre 15,8 e 57,6. Refira-se que todos os alunos assinalaram pelo menos um dos temas de EpS apresentados no questionário. Quanto à abordagem de outros temas de EpS, para além dos apresentados, apenas uma pequena percentagem (15,5%) dos alunos o mencionou. Este facto poderá ser explicado pelo menor esforço intelectual necessário para assinalar os temas constantes do questionário relativamente ao esforço de evocação e de escrita de outros temas de EpS.

#### 2.4.2. Contributo para a EpS das actividades de sala de aula

A observação da figura 3.6 permite perceber que, à excepção da leitura de documentos, a percepção dos alunos do contributo relativo das actividades de aula, listadas, na sua EpS é semelhante. As actividades de Educação Física são as únicas referidas por 8 alunos que também consideraram ter contribuído para a sua EpS. Deste resultado, não se conclui quais as actividades de sala de aula que mais terão contribuído para a EpS dos alunos. Este resultado, também não esclarece a preferência dos alunos por

actividades que exijam o seu envolvimento activo (e.g. discussão em turma, discussão em grupo e pesquisa de informação), pois estas apresentam percentagens semelhantes à actividade de ouvir o discurso do professor, onde o papel do aluno é passivo. Contudo, a actividade de leitura de documentos, de natureza passiva, é aquela que, na opinião dos alunos, terá contribuído menos para a sua EpS.



**Figura 3.6:** Percepção pelos alunos dos contributos relativos das actividades de aula na educação para a saúde escolar (N=316, valores em percentagem).

**LeitDoc:** Leitura de documentos;

**DiscTurma:** Discussão em turma;

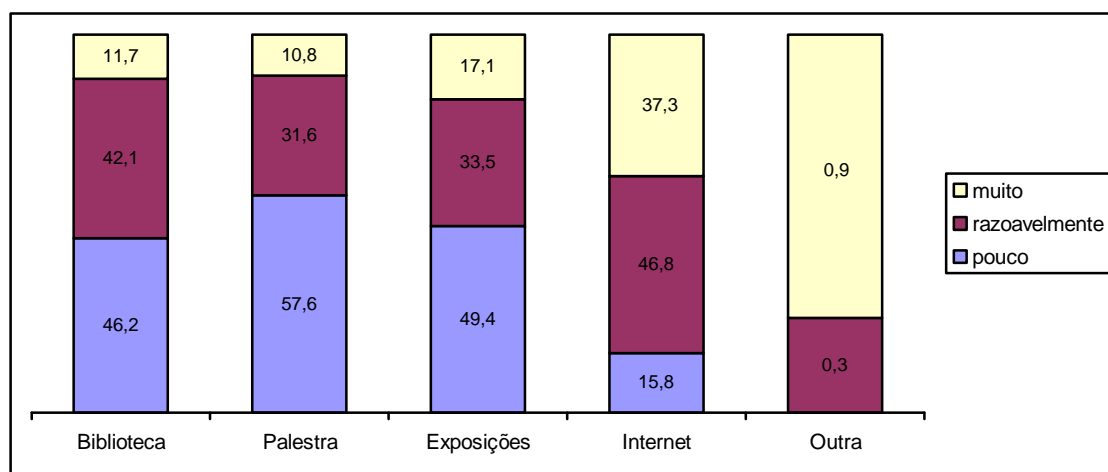
**DiscGrupo:** Discussão em grupo;

**DiscProf:** Discurso do professor;

**PesqInf:** Pesquisa de informação.

### 2.4.3. Contributo para a EpS de actividades fora da sala de aula

Na escola, a pesquisa na *internet* é a actividade, fora da sala de aula, que mais terá contribuído para a EpS dos alunos. Ao contrário, a participação em palestras foi a actividade percebida como tendo contribuído menos a sua EpS. Estas preferências poderão ser explicadas pela natureza das próprias actividades: a participação activa ou participação passiva do aluno. O papel passivo dos alunos nas palestras poderá dever-se ao facto de não se proporcionar a interactividade com o palestrante – palestra meramente informativa, ao elevado número de alunos assistentes (não proporcionando a participação de todos) ou mesmo à timidez dos alunos.

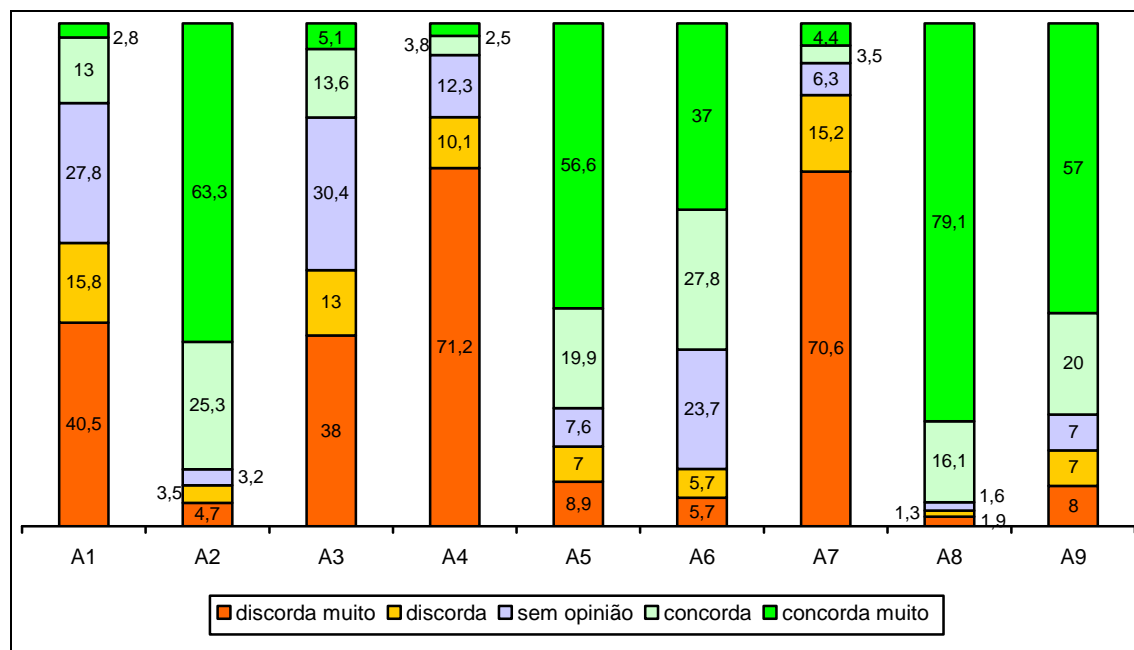


**Figura 3.7:** Percepção pelos alunos dos contributos relativos das actividades fora da sala de aula na educação para a saúde escolar (N=316, valores em percentagem).

## 2.5. O tabagismo e o consumo de álcool

### 2.5.1. Percepções acerca do tabagismo e do consumo de álcool

Quanto ao tabagismo, a análise do gráfico da figura 3.8 mostra que pouco mais de metade dos alunos inquiridos discorda da afirmação 1 e 3 (56,3% e 51% respectivamente). Relativamente às afirmações 2, 5, 8 e 9, a grande maioria dos alunos tem uma opinião favorável (88,6%, 76,5%, 95,2 e 77% respectivamente). Na opinião 4 e 7, a grande maioria dos alunos demonstrou a sua discordância (81,3% e 85,8% respectivamente). Para a afirmação 6, apenas 11,4% dos alunos tem opinião contrária. Estes resultados expressam uma percepção negativa de grande parte dos alunos relativamente ao tabagismo.



**Figura 3.8:** Frequências relativas das representações dos alunos face ao tabagismo (N=316, valores em percentagem).

**A1:** “As pessoas que fumam têm uma personalidade forte.”

**A2:** “Deveria ser proibido fumar em todos os recintos fechados.”

**A3:** “Fumar ajuda a aliviar o *stress*.”

**A4:** “Admiro as pessoas que gostam de fumar.”

**A5:** “Deveria ser proibida a venda de tabaco a menores de 18 anos.”

**A6:** “Fumar envelhece a pele.”

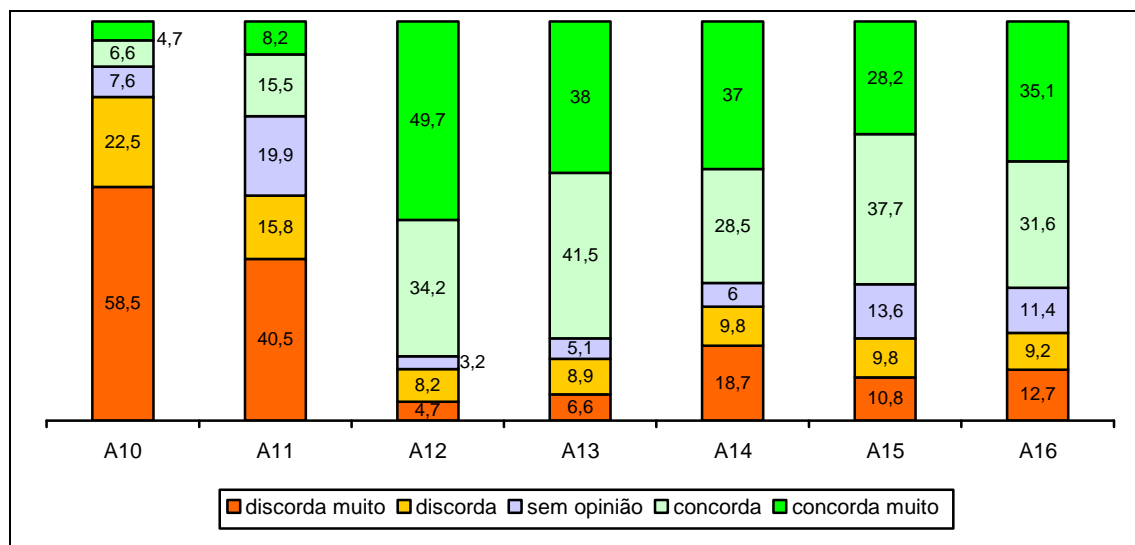
**A7:** “Não há mal nenhum em fumar alguns cigarros por dia.”

**A8:** “O fumo do tabaco prejudica a saúde.”

**A9:** “Quem tem amigos fumadores acaba, mais cedo ou mais tarde, por fumar.”

No que diz respeito às percepções acerca do consumo de bebidas alcoólicas, da figura 3.9 fica patente que 81% dos alunos é desfavorável à afirmação 10, enquanto que, para a afirmação 11, esta opinião corresponde a pouco mais de metade (56%). Nas afirmações 12 e 13, dos alunos auscultados, a grande maioria (83,9% e 79,5% respectivamente) tem opinião favorável. As restantes afirmações 14, 15 e 16 são apoiadas por cerca de dois terços dos inquiridos (65,5%, 65,9% e 66,7% respectivamente). Estes resultados manifestam que grande parte dos alunos percepciona, também, negativamente o consumo de bebidas alcoólicas.

A partir da análise dos gráficos das figuras 3.8 e 3.9, fica patente uma percepção negativa do tabagismo mais elevada (cerca 80% dos alunos), relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas (cerca 66% dos alunos).



**Figura 3.9:** Frequências relativas das representações dos alunos face ao consumo de álcool (N=316, valores em percentagem).

**A10:** “Não há mal nenhum em consumir bebidas alcoólicas se isso fizer com que a pessoa se sinta melhor.”

**A11:** “É fácil relacionarmo-nos com outras pessoas depois de termos consumido bebidas alcoólicas.”

**A12:** “Consumir bebidas alcoólicas é perigoso para a saúde.”

**A13:** “A escola deveria organizar actividades que ajudassem os alunos a tomar decisões responsáveis relativamente ao consumo de álcool.”

**A14:** “Deveria ser proibida a compra e o consumo de bebidas alcoólicas a jovens com menos de 18 anos de idade.”

**A15:** “O álcool faz com se tenham fracos resultados na escola.”

**A16:** “O álcool é uma droga legal.”

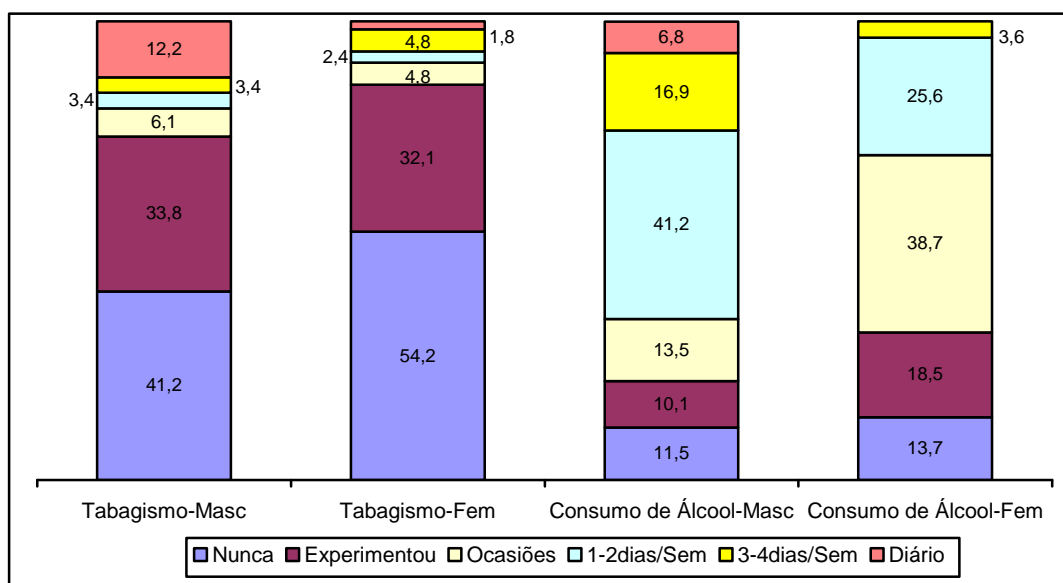
## 2.5.2. Padrão de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas

Neste tópico, apresenta-se a frequência de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, o consumo semanal de cigarros e de doses de bebidas alcoólicas, o número total de embriaguezes. Apresenta-se, também, as correlações entre a frequência de consumo de tabaco com a idade, o sexo e o consumo semanal de cigarros e, paralelamente, a correlação entre a frequência de consumo de bebidas alcoólicas com a idade, o sexo, o consumo de bebidas alcoólicas e o número total de embriaguezes. Na análise deste ponto, faz a comparação dos resultados do nosso estudo com os do Relatório Português do estudo HBSC 2002 (Matos *et al.*, 2003). Esta comparação efectuar-se-á apenas para a faixa etária 15-16 anos, uma vez que corresponde à idade normal dos alunos a frequentar o 9º ou o 10º

ano de escolaridade, critério de selecção da nossa amostra. Esta nossa sub-amostra corresponde a 206 alunos.

O gráfico da figura 3.10 relata que os jovens, tanto do sexo masculino como do feminino, consomem mais frequentemente bebidas alcoólicas que tabaco. O consumo regular de tabaco (pelo menos uma vez por semana) está representado em 19% dos rapazes e em 9% das raparigas enquanto que o consumo correspondente de álcool é de 64,9% nos rapazes e de 29,2% nas raparigas.

A nível do género, mais de metade (54,2%) das raparigas nunca experimentou fumar, sendo que para os rapazes, o valor correspondente é menor (41,2%). Apenas na frequência de 2 a 3 vezes semanais, as raparigas apresentam um valor percentual superior aos rapazes (4,8% contra 3,4%), Nas restantes frequências tabágicas, são os rapazes que apresentam valores mais elevados, destacando-se na frequência diária, a maior diferença a nível de género (12,2% contra 1,8%).



**Figura 3.10:** Frequência relativas do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas (N=316, valores em percentagem).

**Masc:** Jovens do sexo masculino;

**Fem:** Jovens do sexo feminino;

**1-2dias/Sem:** 1 a 2 dias por semana;

**3-4dias/Sem:** 3 a 4 dias por semana.

Relativamente ao estudo HBSC 2002, a percentagem de jovens que não fuma, da faixa etária 15-16 anos, foi de 75,5%, enquanto que neste estudo o valor correspondente é de 81,5%. A percentagem de alunos que fuma diariamente é inferior na nossa amostra (7,7%) relativamente ao estudo HBSC 2002 (10,7%). Quanto aos alunos que fumam pelo menos uma vez por semana, no nosso estudo a percentagem era de 4,4 e no estudo HBSC 2002 foi de 5,9%. Na globalidade, esta amostra exibe uma diferença substancial, ao nível do género, no consumo diário de tabaco: 12,2% dos rapazes e 1,8% das raparigas, enquanto no estudo HBSC 2002, os valores correspondentes são muito próximos: 8,8% para os rapazes e 8,1% para as raparigas.

No consumo regular de álcool, este é mais elevado entre os alunos do sexo masculino, sendo no fim-de-semana que se regista o maior consumo. Os rapazes são os únicos a consumir diariamente bebidas alcoólicas com uma percentagem de 6,8. Salienta-se, ainda, a pequena percentagem de alunos que ainda não experimentaram o consumo de bebidas alcoólicas. No consumo de bebidas alcoólicas, tanto neste estudo como no HBSC 2002, existem grandes diferenças, ao nível do género, com os rapazes a consumir com mais frequência bebidas alcoólicas. No nível etário dos 15-16 anos, esta amostra apresenta uma percentagem bastante mais elevada, relativamente ao estudo HBSC 2002, de jovens que consome, pelo menos uma vez por semana, cerveja 46,1% e 11% respectivamente, vinho 6,3% e 3,7%, respectivamente e nas bebidas espirituosas, a percentagem é de 30,6% e 16,6%, respectivamente.

A frequência de fumar e a frequência de consumo de bebidas alcoólicas revelam uma correlação positiva substancial ( $R_s=0,504$ ,  $p<0,001$ ), conforme está patente no quadro 3.1.

	N	$R_s$	p
Frequência de fumar – Frequência de consumo de bebidas alcoólicas	316	0,504	<b>0,000</b>

**Quadro 3.1:** Correlação entre a frequência de fumar e a frequência de consumo de bebidas alcoólicas.

**N:** número de alunos da amostra;

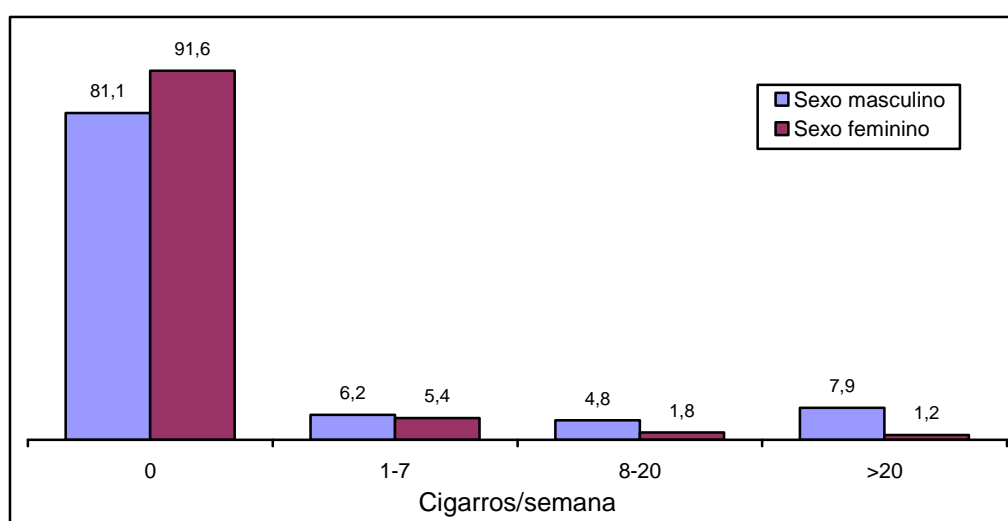
**$R_s$ :** coeficiente de Spearman;

**p:** nível de significância.



Este resultado revela uma concordância entre o padrão de consumo de tabaco e o padrão de consumo de álcool de muitos alunos. Contudo, esta correlação só não é maior em virtude da frequência do consumo de álcool ser superior à frequência do consumo de tabaco.

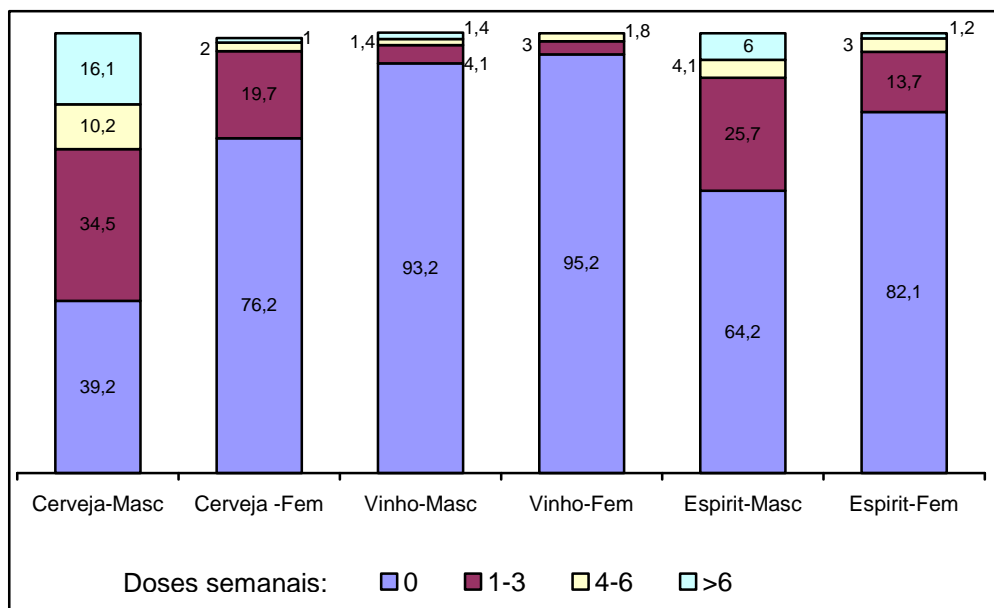
No consumo semanal de tabaco (figura 3.11), a maioria dos rapazes com hábitos tabágicos, fuma mais de um maço de cigarros por semana (7,9% do total da amostra). A maioria das raparigas fumadoras (6,2% do total) fuma entre 1 a 7 cigarros. O número de cigarros consumidos semanalmente reflecte a frequência do seu consumo (cf. quadro 3.2).



**Figura 3.11:** Consumo semanal de tabaco (N=316, valores em percentagem).

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, o gráfico da figura 3.12 demonstra que a cerveja é a bebida alcoólica mais consumida pelos alunos inquiridos, seguido das bebidas destiladas (espirituosas). Contrariamente, no estudo HBSC 2002, as bebidas alcoólicas mais consumidas são as espirituosas, seguindo-se a cerveja, tanto na faixa etária dos 15 a 16 anos como na totalidade da amostra. Quanto ao consumo de vinho, este aparece na terceira posição tanto no presente estudo como no estudo HBSC 2002.

Por outro lado, são os rapazes que apresentam o maior consumo em todas as categorias de bebidas alcoólicas, em consonância com o estudo HBSC 2002.



**Figura 3.12:** Consumo semanal das bebidas alcoólicas: cerveja, vinho e espíritos (N=316, valores em percentagem).

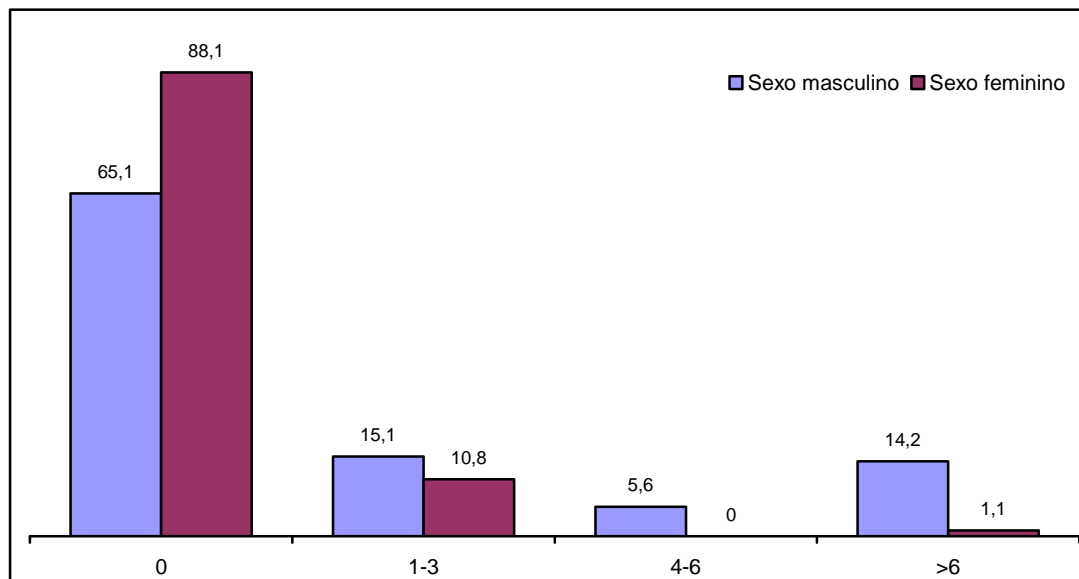
**Masc:** Jovens do sexo masculino;

**Fem:** Jovens do sexo feminino.

A figura 3.13 revela que 34,9% dos rapazes já tiveram episódios de embriaguez. Nas raparigas, estes episódios situam-se em 11,9%, a grande maioria dos quais, com uma frequência absoluta de 1 a 3 ocorrências. Os jovens do sexo masculino são aqueles que tiveram maior número de embriaguezes, concordantemente com o estudo HBSC 2002. Nas raparigas, o menor consumo de álcool associado ao menor número de episódios de embriaguez resultará, essencialmente, da menor aceitação social destas situações e do menor grau de liberdade, tradicionais no sexo feminino.

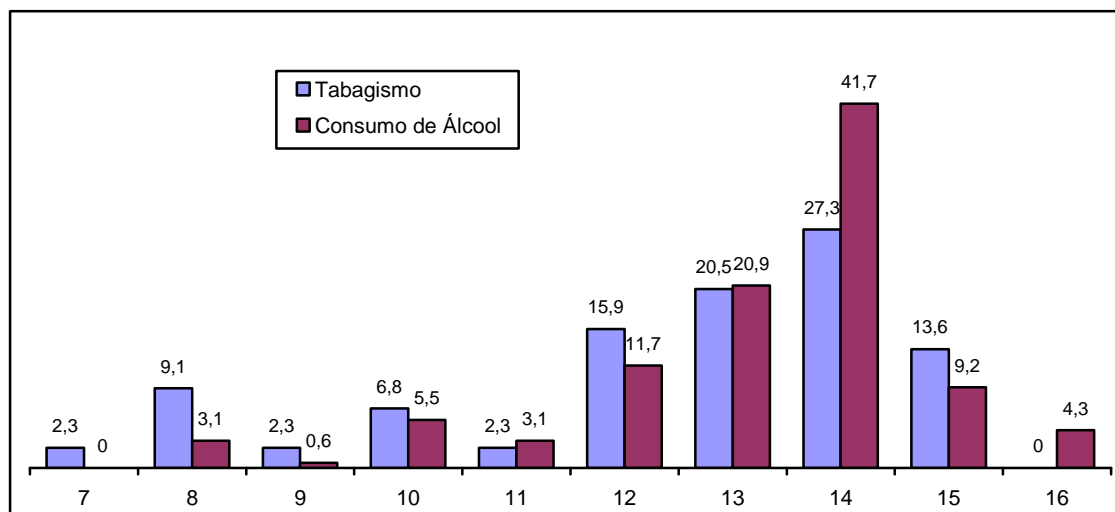
Para o grupo etário dos 15 a 16 anos, neste estudo a percentagem de jovens que nunca se embriagou situa-se em 73,5%, com 1 a 3 embriaguezes a percentagem é de 13,7% e com mais de 3 embriaguezes a percentagem é de 12,8, enquanto que no estudo HBSC 2002 os valores correspondentes são de 68,7%, 25,6% e 5,8% respectivamente. Desta comparação ressalta que embora no presente estudo haja uma maior percentagem de jovens que nunca se embriagou, relativamente ao estudo HBSC 2002, o valor percentual de jovens

deste estudo que já se embriagou 4 ou mais vezes é superior ao dobro do valor correspondente no estudo HBSC 2002.



**Figura 3.13:** Quantidade total de embriaguezes (N=316, valores em percentagem).

Em relação ao tabagismo, dos 164 alunos que fumam ou já experimentaram fumar, apenas 44 indicaram a idade da primeira experiência. No consumo de bebidas alcoólicas, o número de respondentes subiu para 163 dos 238 alunos que consomem ou já experimentaram.



**Figura 3.14:** Idade da primeira experiência com o tabagismo e com o consumo de bebidas alcoólicas (valores em percentagem, tabagismo: N=44, consumo de álcool: N=163).

Analisando a figura 3.14, verifica-se que é aos 14 anos que a maior parte dos alunos experimenta consumir tabaco e bebidas alcoólicas. A idade média do consumo do primeiro cigarro, neste estudo foi de 12,45 anos e no estudo HBSC 2002 foi de 12,38. Na amostra do presente trabalho, a média de idade do consumo da primeira bebida alcoólica é de 13,21 e no estudo HBSC 2002 é de 11,82 anos. Quanto à embriaguez na faixa etária 15-16 anos 73,5% dos alunos deste estudo nunca se embriagaram contra 68,7% do HBSC 2002.

Em síntese, os jovens da amostra do presente estudo consomem menos tabaco relativamente à média nacional, os rapazes são quem mais consome tabaco e a idade do consumo do primeiro cigarro situa-se entre os 12 e os 13 anos. Quanto ao álcool, os jovens deste estudo consomem mais frequentemente bebidas alcoólicas relativamente à média nacional, contudo menos jovens experimentaram episódios de embriaguez.

O quadro 3.2 revela que os alunos com maior frequência tabágica são mais velhos ( $R_s=0,215$ ,  $p<0,001$ ), fumam maior quantidade de cigarros ( $R_s=0,615$ ,  $p<0,01$ ) e são sobretudo do sexo masculino ( $R_s=0,163$ ,  $p<0,005$ ). A frequência de consumo de tabaco apresenta uma correlação positiva substancial com o consumo semanal de doses totais de bebidas alcoólicas ( $R_s=0,505$ ,  $p<0,001$ ) e com o número de embriaguezes ( $R_s=0,536$ ,  $p<0,001$ ).

	Frequência de consumo de tabaco			Frequência de consumo de bebidas alcoólicas		
	N	Rs	p	N	Rs	p
Idade	316	0,215	<b>0,000</b>	316	0,293	<b>0,000</b>
Sexo (Masc=1, Fem=2)	316	-0,163	<b>0,004</b>	316	-0,319	<b>0,000</b>
Consumo semanal de cigarros	316	0,615	<b>0,000</b>	316	0,367	<b>0,000</b>
Consumo semanal de doses totais de bebidas alcoólicas (Soma das doses de cerveja, vinho e espirituosas.)	316	0,505	<b>0,000</b>	316	0,868	<b>0,000</b>
Nº de embriaguezes	314	0,536	<b>0,000</b>	314	0,525	<b>0,000</b>

**Quadro 3.2:** Correlações entre a frequência de fumar e de consumir bebidas alcoólicas e as variáveis: a idade, consumo semanal de cigarros, consumo semanal de doses totais de bebidas alcoólicas e o sexo.

**N:** número de alunos da amostra;

**Rs:** coeficiente de Spearman;

**p:** nível de significância.

Quanto à frequência do consumo de bebidas alcoólicas, esta apresenta uma correlação positiva moderada com a idade ( $R_s=0,293$ ,  $p<0,001$ ) e com o sexo masculino ( $R_s=0,319$ ,  $p<0,001$ ); uma correlação positiva muito forte com o número de doses de bebidas alcoólicas consumidas ( $R_s=0,868$ ,  $p<0,001$ ) e uma correlação substancial com o número de embriaguezes ( $R_s=0,525$ ,  $p<0,001$ ). Estes dados revelam que os jovens que mais frequentemente fumam são também quem mais consome bebidas alcoólicas e mais frequentemente se embriaga. Todas estas associações estão consonantes com os resultados do estudo HBSC 2002.

### 2.5.3. O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas no contexto familiar

No contexto familiar (quadro 3.3.), o hábito de conversar com os pais acerca dos malefícios do tabagismo apresenta correlação negativa moderada ( $R_s=-0,375$ ,  $p<0,001$ ) com a frequência de fumar. A frequência de fumar mostra uma correlação positiva fraca ( $R_s=0,133$ ,  $p<0,05$ ) com a profissão de nível mais elevado dos pais. As restantes variáveis (“Escolaridade de nível mais elevado dos Pais”, “Número de familiares fumadores” e “Número de familiares não fumadores” não apresentam correlações significativas com a frequência de fumar.

	Frequência de consumo de tabaco			Frequência de consumo de bebidas alcoólicas		
	N	Rs	p	N	Rs	p
Profissão de nível mais elevado dos Pais <sup>1</sup>	283	0,133	<b>0,025</b>	283	0,122	<b>0,041</b>
Escolaridade de nível mais elevado dos Pais <sup>2</sup>	301	-0,031	0,592	301	-0,012	0,833
Nº Familiares fumadores	289	0,105	0,075	---	---	---
Nº Familiares consumidores de bebidas alcoólicas	---	---	---	296	0,220	<b>0,000</b>
Nº Familiares não fumadores	250	-0,038	0,549	---	---	---
Nº Familiares não consumidores de bebidas alcoólicas	---	---	---	250	-0,184	<b>0,003</b>
Conversa com os pais acerca dos malefícios do tabagismo	316	-0,375	<b>0,000</b>	---	---	---
Conversa com os pais acerca dos malefícios do consumo de álcool	---	---	---	316	-0,473	<b>0,000</b>

**Quadro 3.3:** Correlações entre a frequência de fumar e de consumo de bebidas alcoólicas e as variáveis: “profissão de nível mais elevado dos pais”, “escolaridade de nível mais elevado dos pais”, “número de familiares fumadores”, “número de familiares não fumadores” e “conversa com os pais acerca dos malefícios do tabagismo”.

**N:** número de alunos da amostra;

**Rs:** coeficiente de Spearman;

**p:** nível de significância.

A frequência do consumo de bebidas alcoólicas apresenta uma correlação positiva baixa com a melhor profissão dos pais ( $R_s=0,122$ ,  $p<0,05$ ), com o número de familiares consumidores de bebidas alcoólicas ( $R_s=0,220$ ,  $p<0,001$ ); uma correlação negativa baixa com o número de familiares não consumidores de bebidas alcoólicas ( $R_s=-0,184$ ,  $p<0,005$ ) e uma correlação negativa moderada com o hábito de conversar com os pais acerca dos malefícios do consumo de bebidas alcoólicas ( $R_s=-0,473$ ,  $p<0,001$ ). Nestes resultados, destaca-se a relação inversa entre os hábitos de conversação acerca das consequências destes consumos e a respectiva frequência de consumo. Este facto realça a influência da família no reforço da significância, para os jovens, das consequências destes consumos, tal como é defendido por Thomson (2005).

<sup>1</sup> Foi considerado na matriz de dados o nível mais elevado da profissão de entre o pai e a mãe. Escala de Graffard: 1=mais elevado até 5=mais baixo).

<sup>2</sup> Foi considerado na matriz de dados o nível mais elevado da escolaridade de entre o pai e a mãe. Escala de Graffard: 1=até 4ºano até 5=curso superior).

#### 2.5.4. O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas no contexto dos pares

No contexto dos pares (quadro 3.4), os alunos que mais frequentemente fumam são aqueles que têm maior número de amigos fumadores, com uma correlação positiva moderada ( $R_s=0,447$ ,  $p<0,001$ ), e menor número de número de amigos não fumadores, tendo uma correlação negativa baixa ( $R_s=0, -174$ ,  $p<0,01$ ).

	Frequência de consumo de tabaco			Frequência de consumo de bebidas alcoólicas		
	N	Rs	p	N	Rs	p
Número de amigos fumadores	277	0,447	<b>0,000</b>	---	---	---
Número de amigos não fumadores	253	-0,174	<b>0,006</b>	---	---	---
Número de amigos consumidores de álcool	---	---	---	273	0,447	<b>0,000</b>
Número de amigos não consumidores de álcool	---	---	---	262	-0,360	<b>0,000</b>

**Quadro 3.4:** Correlações entre a frequência de fumar e as variáveis “número de amigos fumadores” e “número de amigos não fumadores”.

**N:** número de alunos da amostra;

**Rs:** coeficiente de Spearman;

**p:** nível de significância.

A frequência de consumo de bebidas alcoólicas e o número de amigos consumidores de bebidas alcoólicas manifesta uma correlação positiva moderada ( $R_s=0,447$ ,  $p<0,001$ ), enquanto que com o número de amigos não consumidores de álcool manifesta uma correlação negativa moderada ( $R_s=-0,360$ ,  $p<0,001$ ). Estes dados vêm confirmar a influência dos amigos nos hábitos de consumo do tabaco e de álcool. Para Precioso (2006), os amigos constituem um factor preditivo muito importante, dado que os jovens começam a fumar com os amigos e quase todos os jovens não fumadores têm amigos que também não fumam. Os resultados são indicativos da maior influência dos hábitos de consumo de tabaco e de álcool dos amigos relativamente à influência dos mesmos hábitos dos familiares. Este facto é concordante com os resultados de outros estudos, nomeadamente os de Michell e West (1995) e Nichter e colaboradores (1997) citados por Krugman e colaboradores (2005).

### 2.5.5. O tabagismo e o consumo de álcool e os tempos livres

Dos quatro tempos livres postos à consideração dos alunos (quadro 3.5), apenas a frequência de bares e discoteca apresenta uma correlação positiva moderada com a frequência de consumo de tabaco ( $R_s=0,386$ ,  $p<0,001$ ) e de bebidas alcoólicas ( $R_s=0,488$ ,  $p<0,001$ ). Este facto não surpreende, dado que os bares e discotecas constituem locais de diversão, propícios ao consumo de substâncias aditivas, no contexto da “cultura recreativa” da sociedade actual (Calafat *et al.*, 2003). A frequência de fumar não apresenta correlações significativas com os restantes tempos livres. A frequência do consumo de bebidas alcoólicas apresenta uma correlação positiva baixa com prática de desporto ( $R_s=0,131$ ,  $p<0,005$ ). Esta situação pode ser explicada pelo facto dos momentos de prática desportiva, muito possivelmente na sua maioria de carácter lúdico, serem também uma ocasião de confraternização com os amigos, traduzida pelo consumo de álcool. A frequência com que os alunos assistem a programas de televisão ou utilizam o computador apresenta uma correlação positiva baixa ( $R_s=0,116$ ,  $p<0,005$ ) com a frequência do consumo de bebidas alcoólicas. Este factos contrastam com estudos (Strasburger *et al.*, 2000; Sjolie *et al.*, 2002 in Matos *et al.*, 2003) que apontam para a maior probabilidade de adopção de comportamentos de risco, como o consumo de tabaco e álcool por parte dos jovens que despendem mais horas a ver televisão e vídeo, a utilizar computador e que tenham menor tempo de ocupação de tempos livres com actividades físicas.

	Frequência de consumo de tabaco			Frequência de consumo de bebidas alcoólicas		
	N	Rs	p	N	Rs	p
Desporto	316	0,036	0,523	316	0,131	<b>0,019</b>
TV e Computador	316	-0,025	0,661	316	0,116	<b>0,039</b>
Bares e Discoteca	316	0,386	<b>0,000</b>	316	0,488	<b>0,000</b>
Associações	316	-0,065	0,250	316	0,069	0,221

**Quadro 3.5:** Correlações entre a frequência de fumar e a frequência de alguns tempos livres.

**N:** número de alunos da amostra;

**Rs:** coeficiente de Spearman;

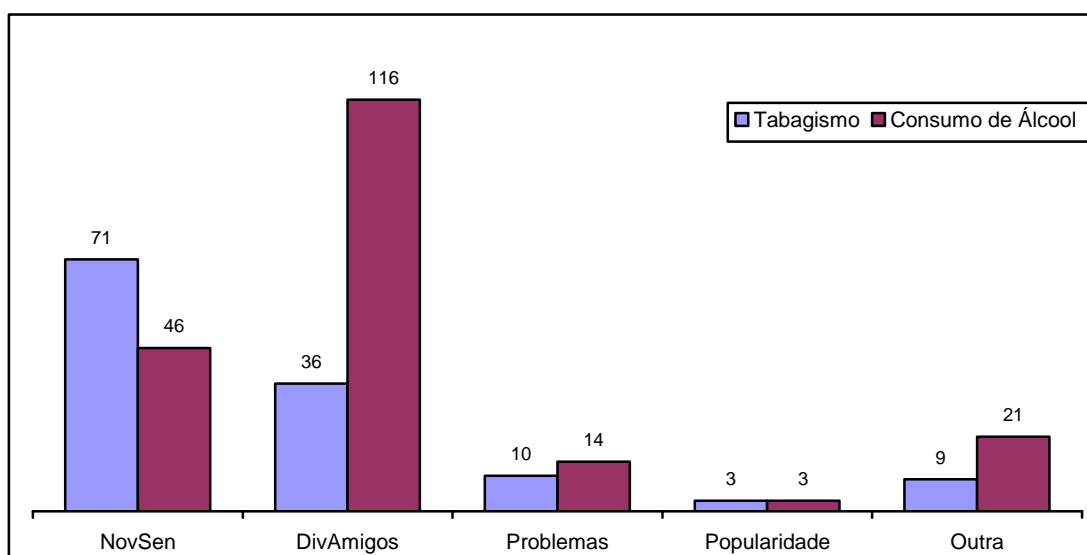
**p:** nível de significância.



A frequência do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas não apresenta uma correlação significativa com a participação em associações, contrariamente aos resultados de diversos estudos, nomeadamente os de Jessor e colaboradores (1995).

### 2.5.6. Percepção dos motivos que conduziram ou não ao tabagismo e ao consumo de álcool

Nos gráficos das figuras 3.15 e 3.16 apresentam-se as frequências absolutas, dado que era possível aos alunos indicarem, simultaneamente, mais do que uma razão para iniciarem o consumo e para não consumirem.



**Figura 3.15:** Frequências absolutas das razões invocadas pelos alunos para iniciarem o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas.

**NovSens:** Para experimentar novas sensações;

**DivAmigos:** Para divertir-se com os amigos;

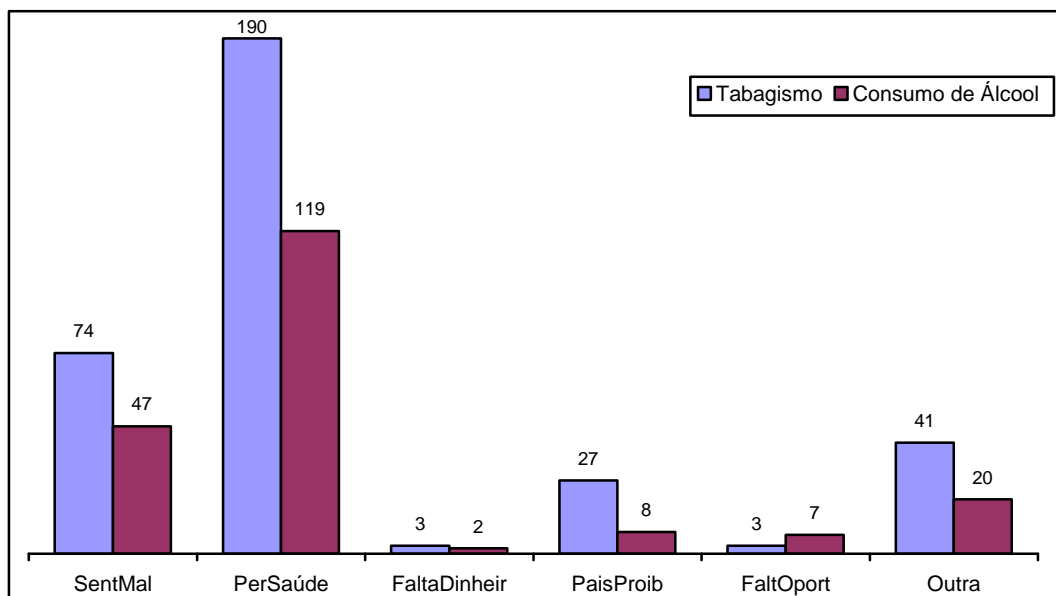
**Problemas:** Para ajudar a pensar menos nos problemas.

**Popularidade:** Para tornar-se mais popular e sociável

Na opinião dos alunos (figura 3.15), a procura de novas sensações e o divertimento foram as razões mais apontadas que os levou a iniciarem o tabagismo e o consumo de

bebidas alcoólicas. As outras motivações referenciadas pelos alunos, para além das quatro sugeridas, para consumirem tabaco e álcool tinham a ver com o prazer do consumo destas substâncias. Os resultados são concordantes com o estudo efectuado pelo *The European Opinion Research Group* (2002), em que as motivações dos jovens para consumir substâncias aditivas, entre elas o tabaco e o álcool, compreendem a curiosidade (61,3%), a pressão dos amigos (46,4%), a busca de emoções (40,6%), os efeitos esperados (21,5%) e os problemas em casa (29,7%). As razões apontadas pelos jovens deste estudo para consumirem álcool são também referenciadas por Calafat *et Juan* (2003) citando dados do *Plan Nacional sobre Drogas* (2002), espanhol. Estes autores referem que os motivos conducentes ao consumo de álcool incluem o gosto pelo sabor (73%), a diversão e o prazer (58,5%), o esquecimento de problemas pessoais (15%), a procura de novas sensações (12,9%) e a desinibição/ melhoria de relacionamento (11,2%).

O gráfico da figura 3.16 revela que a preocupação com a sua saúde é a principal razão, apontada pelos alunos, tanto para não fumarem como para não consumirem bebidas alcoólicas. A segunda razão mais referida prende-se com o facto dos alunos se sentirem mal com estes consumos. A incompatibilidade com a prática desportiva, o risco de acidente, o comportamento no estado de embriaguez e o mau hálito causado por estes consumos foram também razões apontadas pelos alunos deste estudo. O facto de existir um número significativo de jovens (27) que não fuma por lhes ter sido proibido pelos pais, revela, por um lado, influência decisiva dos progenitores nesta opção, indo ao encontro da convicção de Thomson e colaboradores (2005). Por outro lado, estes jovens poderão iniciar-se no consumo do tabaco dado que, aparentemente, a única barreira que os impede de fumar é a proibição dos pais. Esta barreira poderá desaparecer por influência dos pares, uma vez que a sua influência no hábito de fumar é maior que o exercido pelos pais (Michell & West, 1995; Nichter *et al.*, 1997 *in* Krugman *et al.*, 2005). Estes resultados são concordantes com os dados referidos por Calafat *et Juan* (2003) do *Plan Nacional sobre Drogas* (2002), em que os jovens mencionam como motivos para não consumirem bebidas alcoólicas, os efeitos negativos para a saúde (58,5%), a perda de controlo e efeitos desagradáveis (45,5%), o risco de acidente (33,3%) e os efeitos irritantes (30,9%).



**Figura 3.16:** Frequências absolutas das razões invocadas para não consumir tabaco e bebidas alcoólicas.

**SentMal:** Por sentir-se mal;

**PerSaúde:** Por receio dos malefícios do consumo;

**FaltaDinheir:** Por falta de dinheiro;

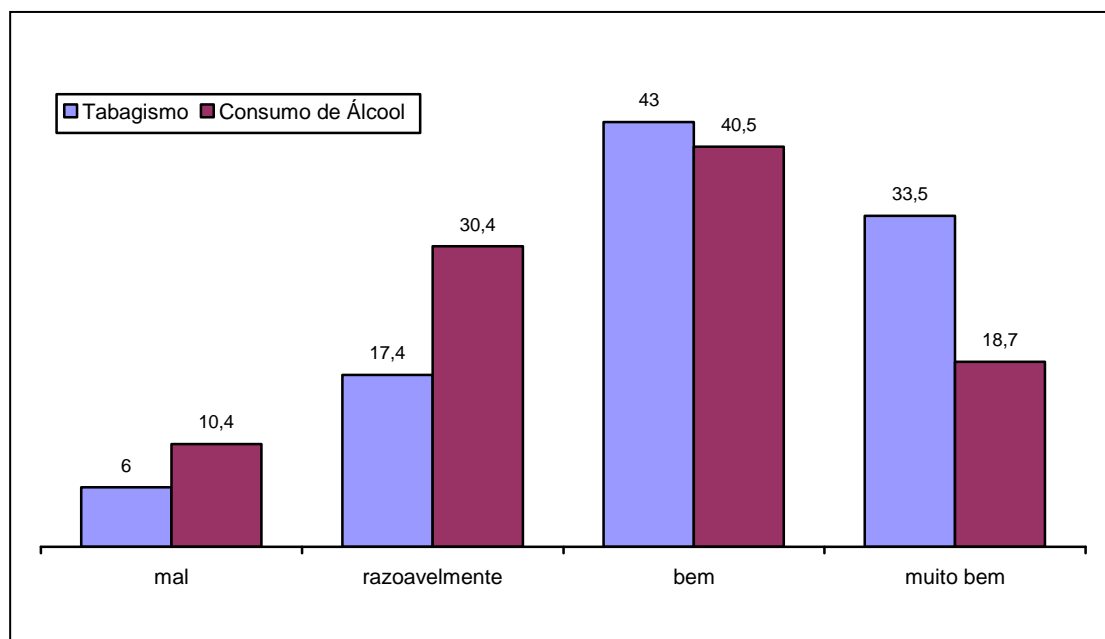
**PaisProib:** Por ser proibido pelos pais;

**FaltOport:** Por falta de oportunidade.

Os resultados sugerem que a informação acerca dos perigos para a saúde, decorrentes destes consumos, exerce um papel muito importante na prevenção.

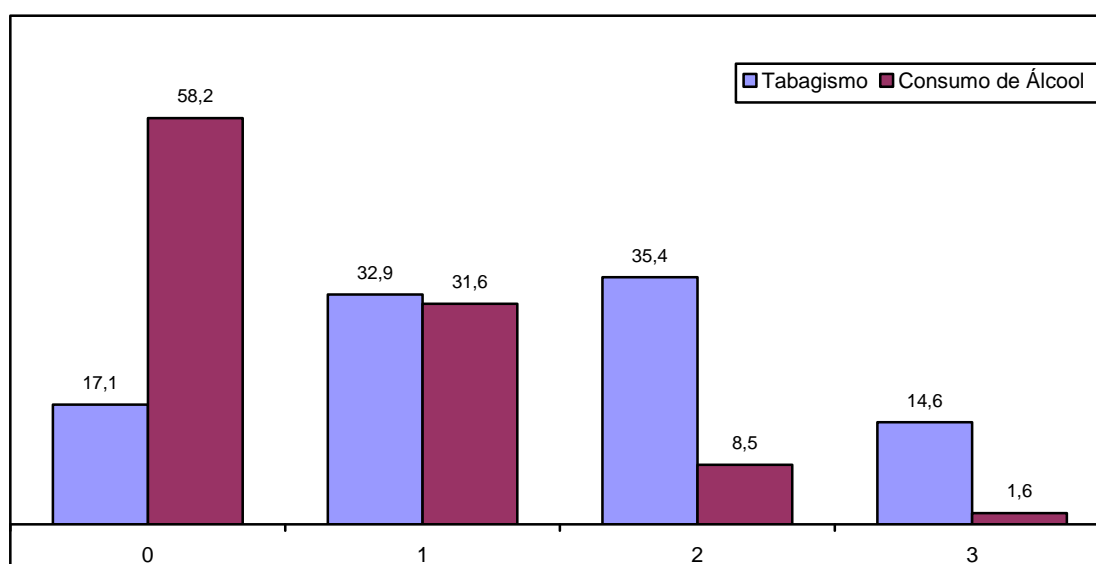
### 2.5.7. Conhecimento dos malefícios do tabagismo e do consumo de álcool

Na figura 3.17 fica patente que a grande maioria dos alunos (76,5%) considera que conhece bem ou muito bem os malefícios do tabagismo. Quanto ao consumo de álcool, é menor a percentagem (59,2%) que considera conhecer bem ou muito bem os malefícios deste consumo.



**Figura 3.17:** Percepção dos conhecimentos dos malefícios do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas (N=316, valores em percentagem).

A figura 3.18 revela que metade dos alunos indica dois ou três malefícios do tabagismo e 17,1% não expõe nenhum. Para o consumo de álcool, apenas um décimo dos adolescentes menciona dois ou três malefícios e mais de metade (58,2%) não refere nenhum.



**Figura 3.18:** Número de malefícios do tabagismo e do consumo de álcool indicados pelos alunos (N=316, valores em percentagem).

Quando se avalia a correlação da percepção do conhecimento dos malefícios com o conhecimento efectivo desses malefícios, fica patente que esta é baixa (quadro 3.6).

	N	Rs	p
Percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo <i>versus</i> Número de malefícios do tabagismo indicados pelos alunos	316	0,284	<b>0,000</b>
Percepção do conhecimento dos malefícios do consumo de álcool <i>versus</i> Número de malefícios do consumo de álcool indicados pelos alunos	316	0,211	<b>0,000</b>

**Quadro 3.6:** Correlação entre a percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e o número de malefícios do tabagismo indicados pelos alunos.

**N:** número de alunos da amostra;

**Rs:** coeficiente de Spearman;

**p:** nível de significância.

A correlação positiva entre a percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e o número de malefícios do tabagismo indicados, apesar de significativa, é baixa ( $R_s=0,284$ ,  $p<0,001$ ). O mesmo acontece com a correlação entre a percepção do conhecimento dos malefícios do consumo de bebidas alcoólicas e o número de malefícios do consumo de bebidas alcoólicas indicados ( $R_s=0,211$ ,  $p<0,001$ ). Estes resultados indicam que os alunos possuem uma percepção mais elevada do conhecimento dos malefícios destes consumos relativamente ao conhecimento efectivo desses mesmos malefícios. Esta situação poderá gerar uma falsa sensação de segurança em alguns jovens e levá-los a desvalorizar o risco destes consumos.

Por outro lado, o quadro 3.7 revela que a frequência de fumar apresenta uma correlação negativa baixa ( $R_s=-0,135$ ,  $p<0,05$ ) com o número de malefícios do tabagismo indicados pelos alunos, mas não com a percepção de possuir esse conhecimento. A frequência do consumo de bebidas alcoólicas revela, também, uma correlação negativa baixa com o número de malefícios do consumo de bebidas alcoólicas ( $R_s=-0,182$ ,  $p<0,01$ ), mas não apresenta uma correlação significativa com a percepção do conhecimento dos malefícios do consumo de bebidas alcoólicas ( $R_s=0,010$ ,  $p<0,866$ ).

	Frequência de consumo de tabaco			Frequência de consumo de bebidas alcoólicas		
	N	Rs	p	N	Rs	p
Percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo	316	0,032	0,574	---	---	---
Número de malefícios do tabagismo	316	-0,135	<b>0,016</b>	---	---	---
Percepção do conhecimento dos malefícios do consumo de álcool	---	---	---	316	0,010	0,866
Número de malefícios do consumo de bebidas alcoólicas	---	---	---	316	-0,182	<b>0,001</b>

**Quadro 3.7:** Correlações entre a frequência de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas e a percepção de possuir conhecimento dos malefícios destes consumos e número de malefícios dos mesmos.

**N:** número de alunos da amostra;

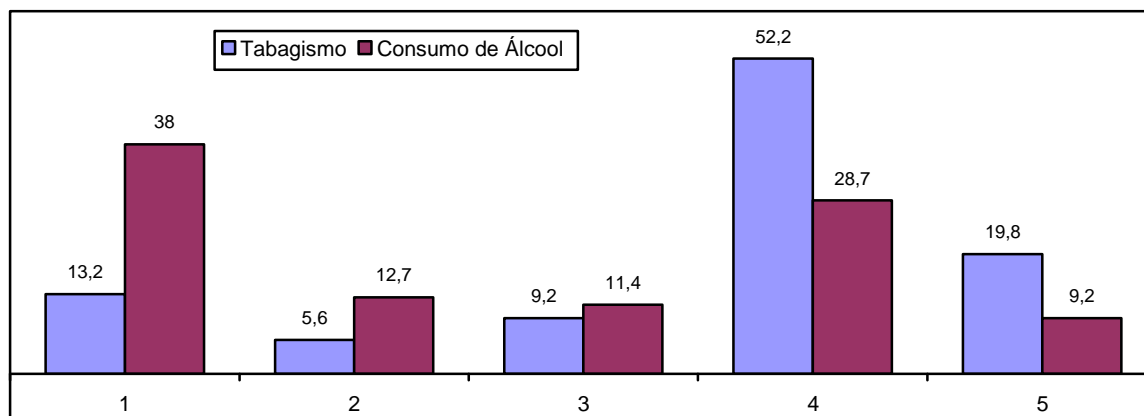
**Rs:** coeficiente de Spearman;

**p:** nível de significância.

Os resultados tornam patente a importância de proporcionar informação aos jovens, tanto para minorar as lacunas existentes como para o reconhecimento dessas lacunas e para o reforço da percepção dos riscos destes consumos. Este resultado aponta, também, para a importância do conhecimento efectivo dos malefícios destes consumos, tal como é defendido por Oncken e colaboradores (2005).

### 2.5.8. Intenção de fumar e de consumir bebidas alcoólicas

Ao analisar a figura 3.19 nota-se que a grande maioria dos alunos (72%) recusaria um cigarro oferecido por um amigo ou além de recusar ainda lhe dizia que fumar é perigoso para a saúde. Contudo 18,8% dos jovens aceitaria ou aceitaria para fazer a vontade ao amigo, esta percentagem é diferente para ao nível do género, 23% para os rapazes e 12,5% para as raparigas. Este resultado é preocupante, dado revelar que a percentagem de alunos predisposta a fumar, sem ter em conta os indecisos, é superior à dos alunos que fuma regularmente por semana (18,9% dos rapazes e 8,9% das raparigas).



**Figura 3.19:** Atitude face à oferta de tabaco por parte de um amigo (N=316, valores em percentagem).

- 1: Aceitava e agradecia;
- 2: Aceitava para satisfazer a vontade do amigo;
- 3: Indeciso;
- 4: Recusava;
- 5: Recusava e salientava os malefícios do consumo.

Quanto ao consumo de álcool, apenas 37,9% dos alunos recusaria a oferta de uma bebida, correspondendo a 45,2% de raparigas e a 28,2% dos rapazes. Mais de metade (50,7%) dos alunos aceitaria uma bebida alcoólica, sendo 66,9% dos rapazes e 37,5% das raparigas. Estes valores, novamente reflectem uma maior propensão para o consumo relativamente ao consumo semanal.

O estudo das correlações entre a frequência dos consumos e a atitude face à oferta (Quadro 3.8) revela que a correlação entre a frequência de fumar e a atitude face à oferta de tabaco é positiva e moderada ( $R_s=0,390$ ,  $p<0,001$ ). A frequência do consumo de bebidas alcoólicas mostra uma correlação positiva substancial ( $R_s=0,508$ ,  $p<0,01$ ) com a atitude face à oferta de uma bebida alcoólica por um amigo.

	Frequência de consumo de tabaco			Frequência de consumo de bebidas alcoólicas		
	N	Rs	p	N	Rs	p
Atitude face à oferta de tabaco	316	0,390	<b>0,000</b>	---	---	---
Atitude face à oferta de bebida alcoólica	---	---	---	313	0,508	<b>0,000</b>

**Quadro 3.8:** Correlação entre a frequência de fumar e a atitude face à oferta de tabaco.

**N:** número de alunos da amostra;

**Rs:** coeficiente de Spearman;

**p:** nível de significância.

As correlações indicam uma maior discrepância entre a frequência de fumar e a atitude face à oferta de tabaco do que a relação entre frequência de consumo de bebidas alcoólicas e a atitude face à oferta de bebida alcoólica. Esta diferença poderá ser explicada pelo maior conhecimento dos malefícios do tabagismo, pela maior significância dado à perigosidade do tabagismo, constituindo, assim, um factor protector deste consumo, como defendido por Oncken e colaboradores (2005). Esta diferença poderá ser ainda justificada pela grande aceitação social do consumo de bebidas alcoólicas (Pavis *et al.*, 1997).



## **C. O estudo longitudinal**

Apresenta-se uma caracterização das turmas intervencionadas seguida pelos resultados, acompanhados por uma discussão dos mesmos, relativos à evolução das percepções, conhecimentos e atitudes acerca do tabagismo e do consumo de álcool. Estes resultados provêm das questões comuns aos questionários inicial e final, aplicados aos alunos. É ainda apresentada a percepção dos alunos da sua participação nas actividades, uma avaliação das actividades e a opinião geral dos alunos acerca do Plano de Intervenção.

### **1. Caracterização dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção**

Os alunos submetidos ao Plano de Intervenção frequentavam o 9º ano de escolaridade no ano lectivo de 2005/2006. Apresenta-se, a seguir, uma caracterização sumária de cada uma das turmas participantes, retirada dos respectivos Planos Curriculares de Turma.

#### **Turma 1:**

A turma era constituída por 20 alunos, sendo 11 do sexo feminino e 9 do sexo masculino (um deles com necessidades educativas especiais), com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos. Na turma, encontravam-se 9 alunos fora da escolaridade obrigatória e 7 deles eram repetentes do 9º ano. Quanto ao apoio social escolar, 12 alunos pertenciam ao escalão A.

#### **Turma 2:**

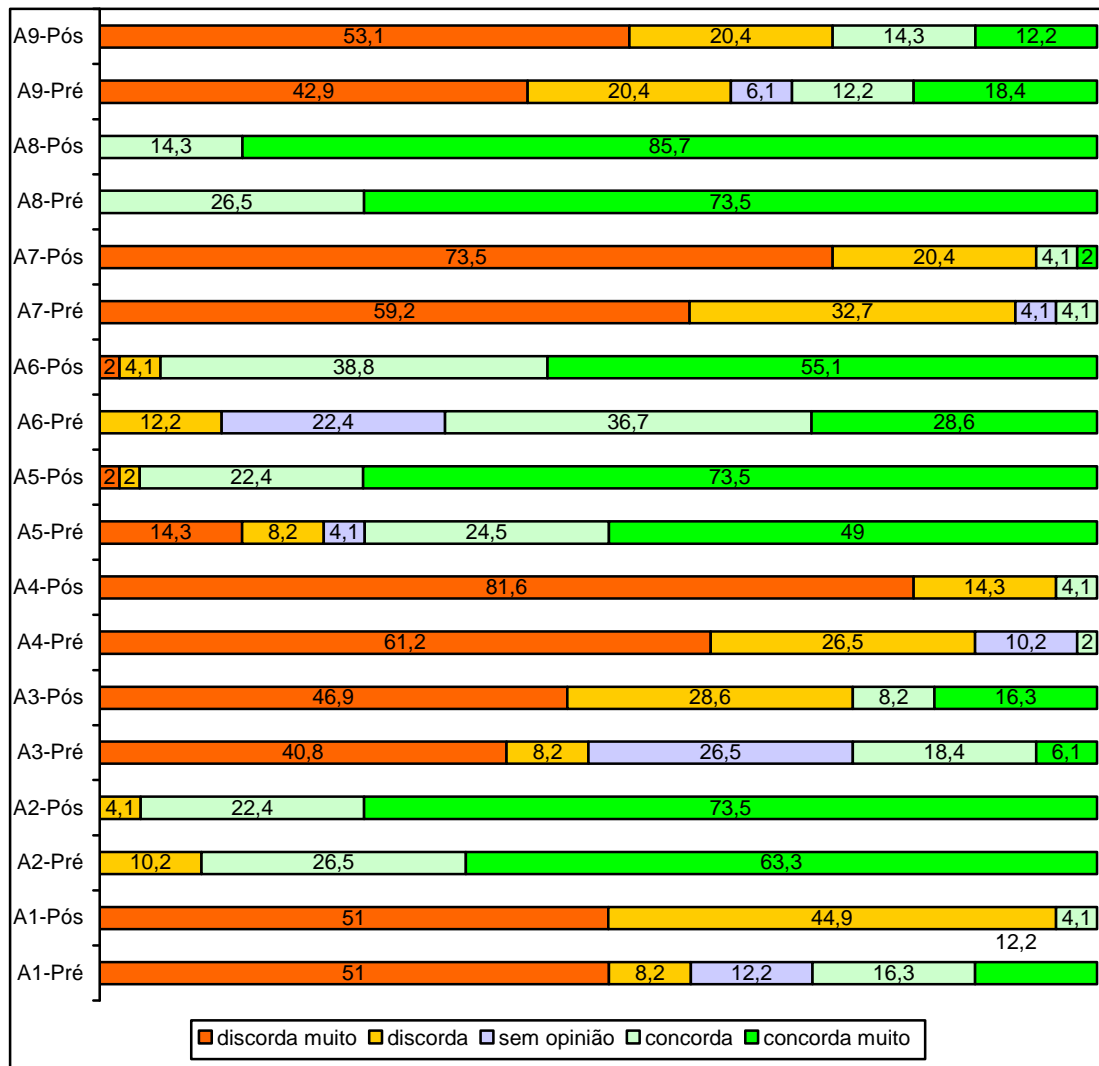
A turma compreendeu 16 alunos, 5 raparigas e 11 rapazes), com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos. Nesta turma, 10 dos alunos encontravam-se fora da escolaridade obrigatória, reflexo de um historial de retenções, sendo que 9 deles apresentavam uma retenção no nono ano. Estes alunos referiram como factores de insucesso escolar a falta de estudo e de interesse. Quanto ao apoio social escolar, 6 alunos eram subsidiados. Alguns alunos desta turma manifestavam algumas dificuldades de aprendizagem.

### **Turma 3:**

A turma era constituída por 18 alunos, 9 rapazes (um deles com necessidades educativas especiais) e 9 raparigas). Na turma, 3 alunos eram repetentes e outros 3 eram provenientes de outras escolas. Nesta turma, metade dos alunos eram subsidiados, 5 com escalão A e 4 com o escalão B. Na generalidade, os alunos manifestavam o gosto pelo estudo e viam a escola como um meio de obterem uma profissão mais qualificada e remunerada que a dos pais. As principais dificuldades diagnosticadas eram a expressão escrita, a interpretação de textos e outros documentos e o raciocínio lógico.

## **2. Evolução das percepções acerca do tabagismo**

O gráfico da figura 3.20 evidencia que a grande maioria dos alunos, no momento pré-intervenção, possui uma percepção negativa do tabagismo. Revela, também, que no momento pós-intervenção, o número de alunos com percepção negativa ao tabagismo aumentou.



**Figura 3.20:** Frequências relativas das representações acerca do tabagismo nos momentos pré-intervenção (Pré) e pós-intervenção (Pós) dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção (N=49, valores em percentagem).

- A1:** “As pessoas que fumam têm uma personalidade forte.”  
**A2:** “Deveria ser proibido fumar em todos os recintos fechados.”  
**A3:** “Fumar ajuda a aliviar o *stress*.”  
**A4:** “Admiro as pessoas que gostam de fumar.”  
**A5:** “Deveria ser proibida a venda de tabaco a menores de 18 anos.”  
**A6:** “Fumar envelhece a pele.”  
**A7:** “Não há mal nenhum em fumar alguns cigarros por dia.”  
**A8:** “O fumo do tabaco prejudica a saúde.”  
**A9:** “Quem tem amigos fumadores acaba, mais cedo ou mais tarde, por fumar.”

O quadro 3.9 mostra diferenças estatisticamente significativas, entre os momentos pré e pós-intervenção, do grau de concordância para as afirmações A1 ( $Z=-3,169$ ,  $p<0,005$ ), A2 ( $Z=-2,368$ ,  $p<0,05$ ), A4 ( $Z=-1,454$ ,  $p=0,05$ ), A5 ( $Z=-3,642$ ,  $p<0,001$ ) e A6 ( $Z=-3,512$ ,  $p<0,001$ ). Para as restantes afirmações, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Este resultado mostra um aumento significativo da percepção negativo do tabagismo.

	Média Pré-Int	Média Pós-Int	Desvio padrão Pré-Int	Desvio padrão Pós-Int	Teste <i>Wilcoxon</i> <i>signed rank</i> (bicaudal)	
					Z	p
A1	2,31	1,57	1,530	0,707	-3,169	<b>0,002</b>
A2	4,43	4,78	0,935	0,422	-2,368	<b>0,018</b>
A3	2,41	2,18	1,353	1,509	-1,067	0,286
A4	1,53	1,20	0,767	0,539	-2,454	<b>0,014</b>
A5	3,86	4,67	1,472	0,625	-3,642	<b>0,000</b>
A6	3,82	4,47	0,993	0,680	-3,512	<b>0,000</b>
A7	1,53	1,31	0,767	0,683	-1,770	0,077
A8	4,73	4,86	0,446	0,354	-1,732	0,083
A9	2,43	2,12	1,581	1,495	-1,272	0,203

**Quadro 3.9:** Medidas estatísticas da evolução das representações dos alunos acerca do tabagismo.

**Pré-Int:** Pré-intervenção;

**Pós-Int:** Pós intervenção

**Z:** valor do teste de *Wilcoxon signed rank*;

**p:** nível de significância.

**A1:** “As pessoas que fumam têm uma personalidade forte.”

**A2:** “Deveria ser proibido fumar em todos os recintos fechados.”

**A3:** “Fumar ajuda a aliviar o *stress*.”

**A4:** “Admiro as pessoas que gostam de fumar.”

**A5:** “Deveria ser proibida a venda de tabaco a menores de 18 anos.”

**A6:** “Fumar envelhece a pele.”

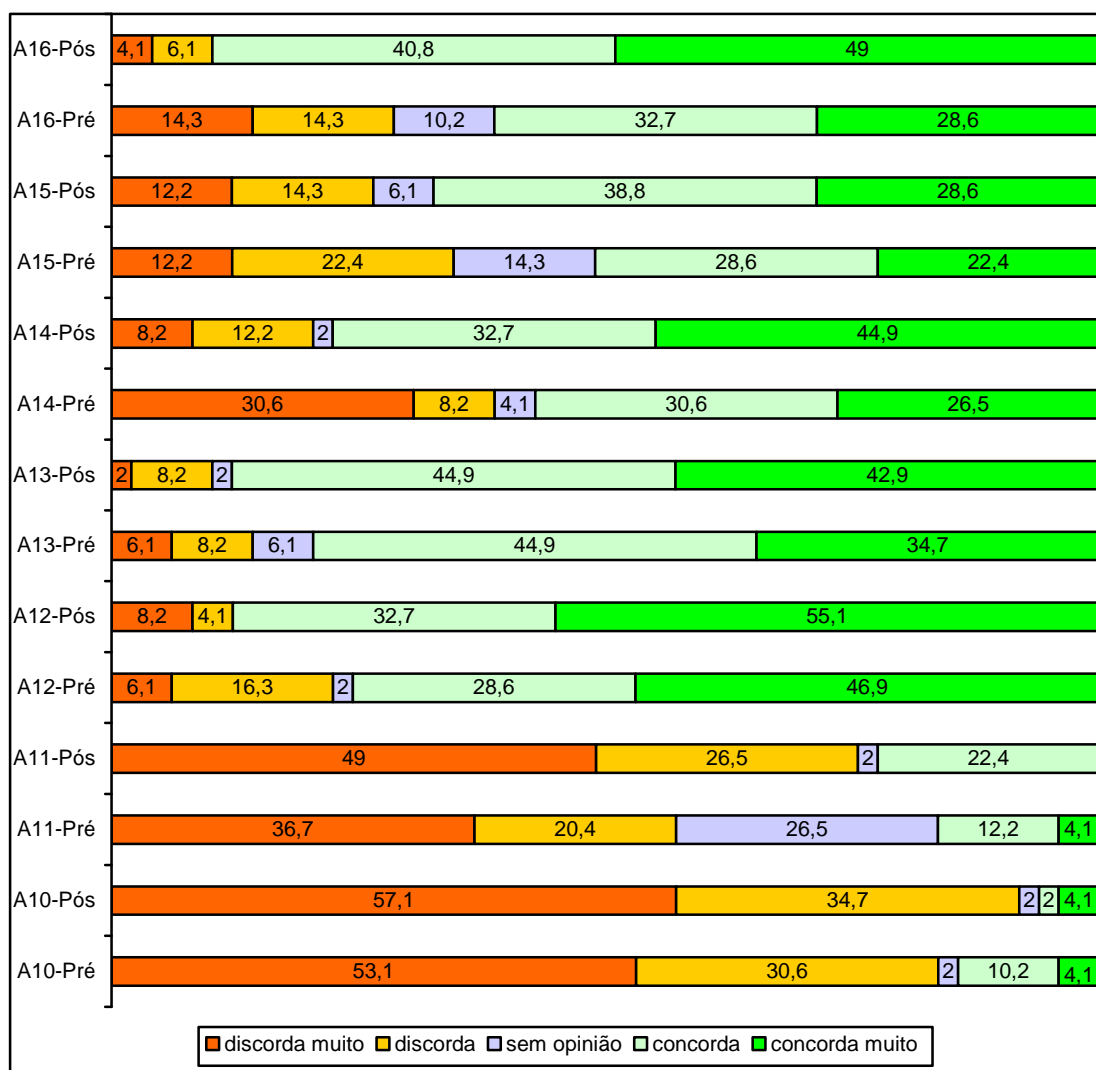
**A7:** “Não há mal nenhum em fumar alguns cigarros por dia.”

**A8:** “O fumo do tabaco prejudica a saúde.”

**A9:** “Quem tem amigos fumadores acaba, mais cedo ou mais tarde, por fumar.”

### 3. Evolução das percepções acerca do consumo de álcool

Os resultados apresentados no gráfico da figura 3.21 patenteiam a percepção negativa do consumo de álcool de grande parte dos alunos no momento pré-intervenção. O gráfico mostra também o reforço desta percepção no momento pós-intervenção.



**Figura 3.21:** Evolução das representações acerca do consumo de bebidas alcoólicas dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção (N=49, valores em percentagem).

**A10:** “Não há mal nenhum em consumir bebidas alcoólicas se isso fizer com que a pessoa se sinta melhor.”

**A11:** “É fácil relacionarmo-nos com outras pessoas depois de termos consumido bebidas alcoólicas.”

**A12:** “Consumir bebidas alcoólicas é perigoso para a saúde.”

**A13:** “A escola deveria organizar actividades que ajudassem os alunos a tomar decisões responsáveis relativamente ao consumo de álcool.”

**A14:** “Deveria ser proibida a compra e o consumo de bebidas alcoólicas a jovens com menos de 18 anos de idade.”

**A15:** “O álcool faz com se tenham fracos resultados na escola.”

**A16:** “O álcool é uma droga legal.”

O quadro 3.10 mostra que apenas duas afirmações evidenciam uma diferença estatisticamente significativa, entre os momentos pré e pós-intervenção, do grau de concordância dos alunos: A14 ( $Z=-3,067$ ,  $p<0,005$ ) e A16 ( $Z=-2,790$ ,  $p<0,005$ ). As restantes afirmações, apesar de apresentarem uma evolução, esta não é estatisticamente significativa.

	Média Pré-Int	Média Pós-Int	Desvio padrão Pré-Int	Desvio padrão Pós-Int	Teste <i>Wilcoxon</i> (bicaudal)	
					Z	p
A10	1,82	1,61	1,149	0,953	-1,197	0,231
A11	2,27	1,98	1,204	1,199	-1,230	0,219
A12	3,94	4,22	1,314	1,195	-1,543	0,123
A13	3,94	4,18	1,144	0,972	-1,215	0,224
A14	3,14	3,94	1,646	1,314	-3,067	<b>0,002</b>
A15	3,27	3,57	1,366	1,369	-1,314	0,189
A16	3,47	4,24	1,416	1,031	-2,790	<b>0,005</b>

**Quadro 3.10:** Medidas estatísticas da evolução das representações dos alunos acerca do tabagismo.

**Pré-Int:** Pré-intervenção;

**Pós-Int:** Pós intervenção

**Z:** valor do teste de *Wilcoxon signed rank*;

**p:** nível de significância.

**A10:** “Não há mal nenhum em consumir bebidas alcoólicas se isso fizer com que a pessoa se sinta melhor.”

**A11:** “É fácil relacionarmo-nos com outras pessoas depois de termos consumido bebidas alcoólicas.”

**A12:** “Consumir bebidas alcoólicas é perigoso para a saúde.”

**A13:** “A escola deveria organizar actividades que ajudassem os alunos a tomar decisões responsáveis relativamente ao consumo de álcool.”

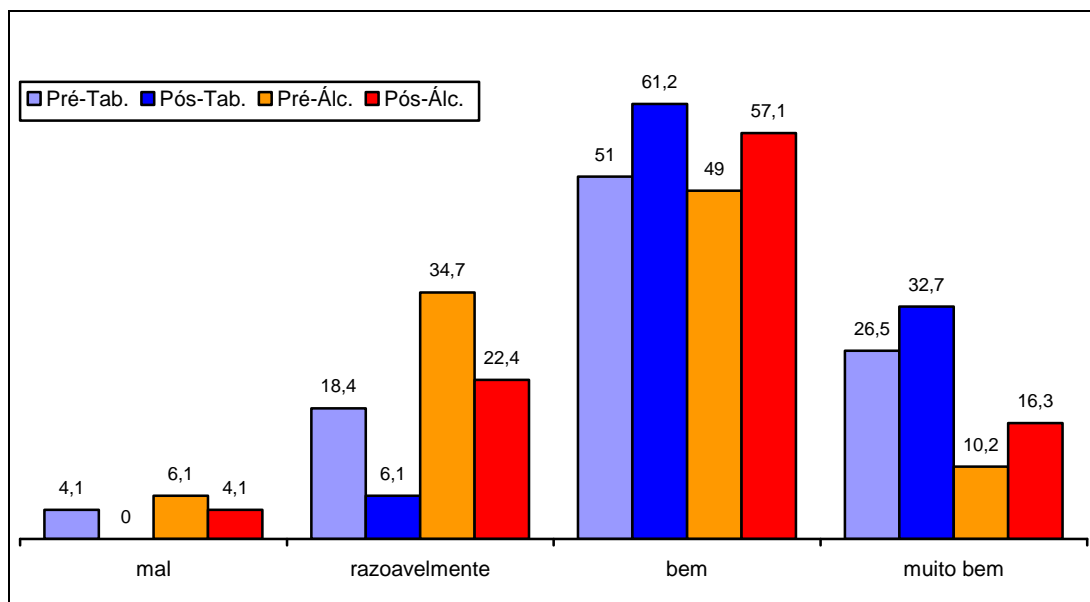
**A14:** “Deveria ser proibida a compra e o consumo de bebidas alcoólicas a jovens com menos de 18 anos de idade.”

**A15:** “O álcool faz com se tenham fracos resultados na escola.”

**A16:** “O álcool é uma droga legal.”

#### 4. Evolução da percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e do consumo de álcool

Observando a figura 3.22, constata-se que antes da implementação do Plano de Intervenção, 77,5% dos alunos percepcionava que conhecia bem ou muito bem os malefícios do tabagismo e no momento pós-intervenção, o valor correspondente foi de 93,9%. Assim, o conhecimento dos malefícios do tabagismo foi melhor percepcionado após a intervenção sendo essa evolução estatisticamente significativa, conforme se observa no quadro 3.11 ( $Z=-2,221$ ,  $p<0,05$ ).



**Figura 3.22:** Frequências relativas da percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo (Tab.) e do consumo de álcool (Álc.) nos momentos pré-intervenção (Pré) e pós-intervenção (Pós) dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção (N=49, valores em percentagem).

	Média Pré-Int	Média Pós-Int	Desvio padrão Pré-Int	Desvio padrão Pós-Int	Teste <i>Wilcoxon</i> (bicaudal)	
					Z	p
Percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo	3,00	3,27	0,791	0,569	-2,221	<b>0,026</b>
Percepção do conhecimento dos malefícios do consumo de álcool	2,63	2,86	0,755	0,736	-1,667	0,095

**Quadro 3.11:** Medidas estatísticas da evolução da percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas dos alunos submetidos ao Plano de Intervenção.

**Pré-Int:** Pré-intervenção;

**Pós-Int:** Pós intervenção

**Z:** valor do teste de *Wilcoxon signed rank*;

**p:** nível de significância.

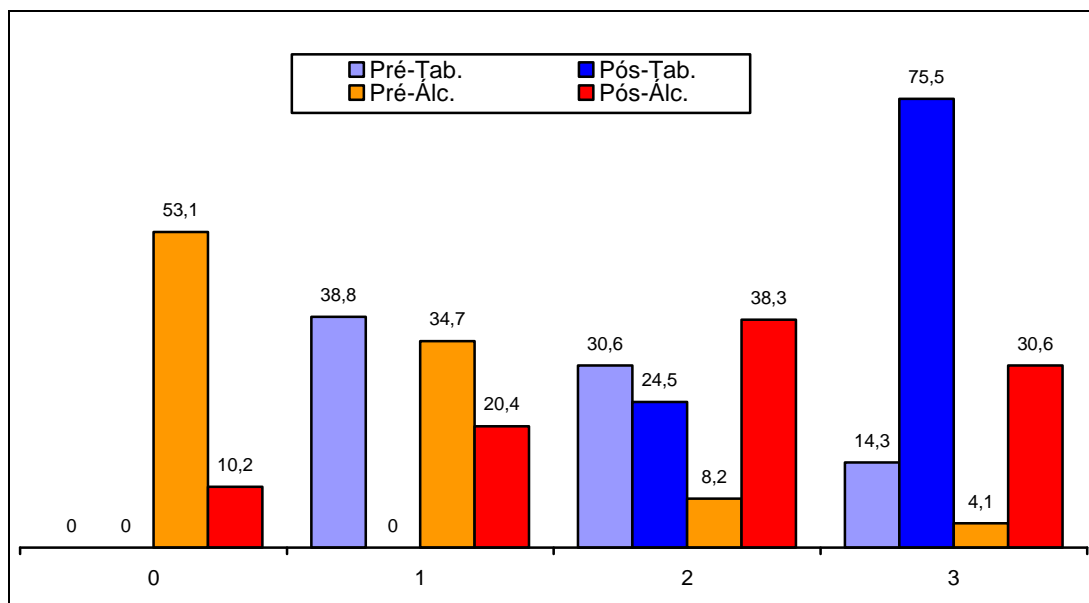
Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, o gráfico da figura 3.22 mostra que inicialmente 59,2% dos jovens percepcionava bem ou muito bem os malefícios deste consumo, sendo o valor correspondente após a intervenção de 73,4%. Deste modo, também, se verifica uma melhor percepção dos conhecimentos dos malefícios do consumo de bebidas alcoólicas após a implementação do Plano de Intervenção. Contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa para  $p < 0,05$  (Quadro 3.11).

Comparando os resultados para o tabagismo e para o consumo de álcool, verifica-se que as percepções dos malefícios do tabagismo, tanto do momento pré-intervenção como do momento pós-intervenção são substancialmente mais elevadas relativamente às percepções dos malefícios do consumo de álcool. Este facto poderá advir, por um lado de campanhas anti-tabágicas mais “agressivas”, nomeadamente da inclusão, na embalagem dos maços de cigarros, das consequências nefastas deste consumo. Por outro lado, as consequências do tabagismo poderão ser percepcionadas como mais nefastas para a saúde, e portanto mais significativas, relativamente aos efeitos do consumo de álcool.

No que se refere ao número de malefícios do tabagismo apontados pelos alunos, este teve um grande acréscimo após a intervenção. Este acréscimo é traduzido (figura 3.23) pelos 44,9% de alunos, que referiram dois ou três efeitos negativos no momento pré-intervenção, para, no momento pós-intervenção, esse valor corresponder à totalidade dos



alunos (100%). Esta evolução foi denotada pela diferença estatisticamente significativa (quadro 3.12) entre os dois momentos ( $Z=-5,138$ ,  $p<0,001$ ).



**Figura 3.23:** Frequências relativas do número de malefícios do tabagismo (Tab.) e do consumo de álcool (Álc.) nos momentos pré-intervenção (Pré) e pós-intervenção (Pós) indicados pelos alunos submetidos ao Plano de Intervenção (N=49, valores em percentagem).

	Média Pré-Int	Média Pós-Int	Desvio padrão Pré-Int	Desvio padrão Pós-Int	Teste Wilcoxon (bicaudal)	
					Z	p
Número de malefícios do tabagismo	1,71	2,76	0,750	0,434	-5,138	<b>0,000</b>
Número de malefícios do consumo de álcool	0,63	1,90	0,809	0,963	-5,002	<b>0,000</b>

**Quadro 3.12:** Medidas estatísticas da evolução do número de malefícios do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas mencionados pelos alunos submetidos ao Plano de Intervenção.

**Pré-Int:** Pré-intervenção;

**Pós-Int:** Pós intervenção

**Z:** valor do teste de Wilcoxon signed rank;

**p:** nível de significância.

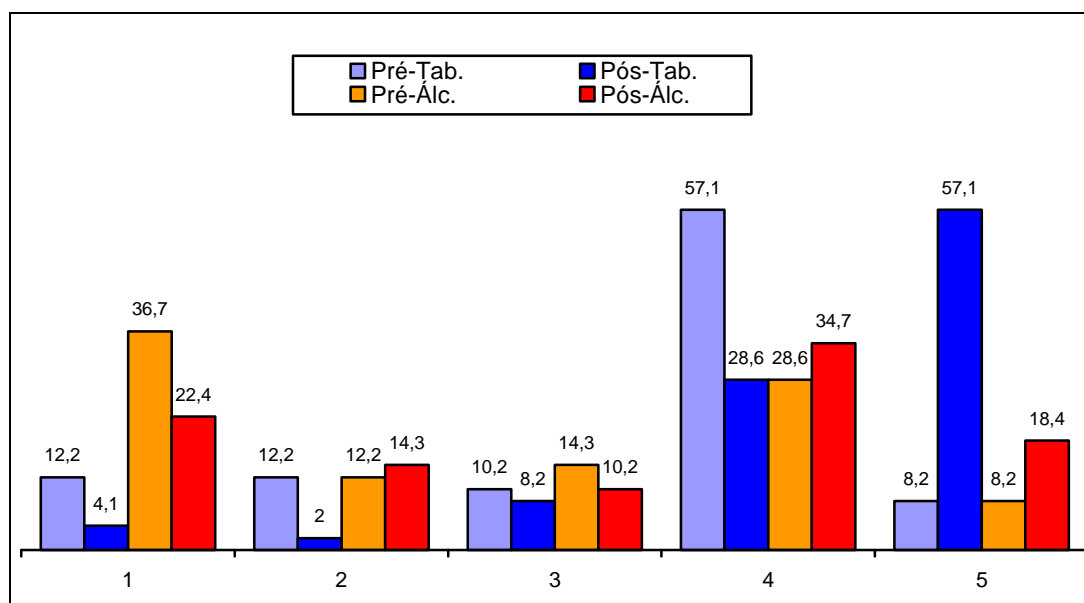
Para o álcool, observa-se, também, um aumento do número de consequências do seu consumo, apontadas pelos alunos. Esta evolução (figura 3.23) corresponde ao valor de 12,3% de alunos que menciona dois ou três efeitos deste consumo, antes da intervenção, para 68,9% após a intervenção. O aumento acentuado do número de problemas resultantes do consumo de álcool, citados pelos alunos, é confirmado pela diferença significativa (quadro 3.12) dada pelo teste de Wilcoxon ( $Z=-5,002$ ,  $p<0,001$ ).

Observa-se um maior conhecimento efectivo das consequências do tabagismo relativamente ao consumo de álcool, em consonância com a percepção destes consumos.

## **5. Evolução da intenção de fumar e de consumir bebidas alcoólicas**

Observando a figura 3.24, verifica-se que a intenção de aceitar a oferta de tabaco diminui, acentuadamente, da fase pré para a fase pós-intervenção: passa de 24,4% para 6,1%. O teste não paramétrico de Wilcoxon (quadro 3.13), para os dois momentos de amostragem, apresenta uma diferença estatisticamente significativa ( $Z=-4,756$ ,  $p<0,000$ ).

No consumo de álcool, a percentagem de alunos que recusaria a oferta de uma bebida subiu de 36,8 para 53,1. A diferença de atitude dos alunos, perante a oferta de uma bebida alcoólica, da fase pré-intervenção para a fase pós-intervenção é, também, significativa ( $Z=-3,026$ ,  $p<0,005$ ). Contudo, após a intervenção, ainda 36,7% dos alunos aceitaria uma bebida alcoólica oferecida por um amigo. Este facto é concordante com a menor percepção dos perigos de consumir bebidas alcoólicas.



**Figura 3.24:** Evolução da atitude face à oferta de tabaco (Tab) e de bebida alcoólica (Álc) do momento pré-intervenção (Pré) para o pós-intervenção (Pós) (N=49, valores em percentagem).

- 1: Aceitava e agradecia;
- 2: Aceitava para satisfazer a vontade do amigo;
- 3: Indeciso;
- 4: Recusava;
- 5: Recusava e salientava os malefícios do consumo.

	Média Pré-Int	Média Pós-Int	Desvio padrão Pré-Int	Desvio padrão Pós-Int	Teste Wilcoxon (bicaudal)	
					Z	p
Atitude face à oferta de tabaco	3,37	4,33	1,185	1,008	-4,756	<b>0,000</b>
Atitude face à oferta de bebida alcoólica	2,59	3,12	1,442	1,467	-3,026	<b>0,002</b>

**Quadro 3.13:** Medidas estatísticas da evolução da atitude face à oferta de tabaco.

**Pré-Int:** Pré-intervenção;

**Pós-Int:** Pós intervenção

**Z:** valor do teste de Wilcoxon *signed rank*;

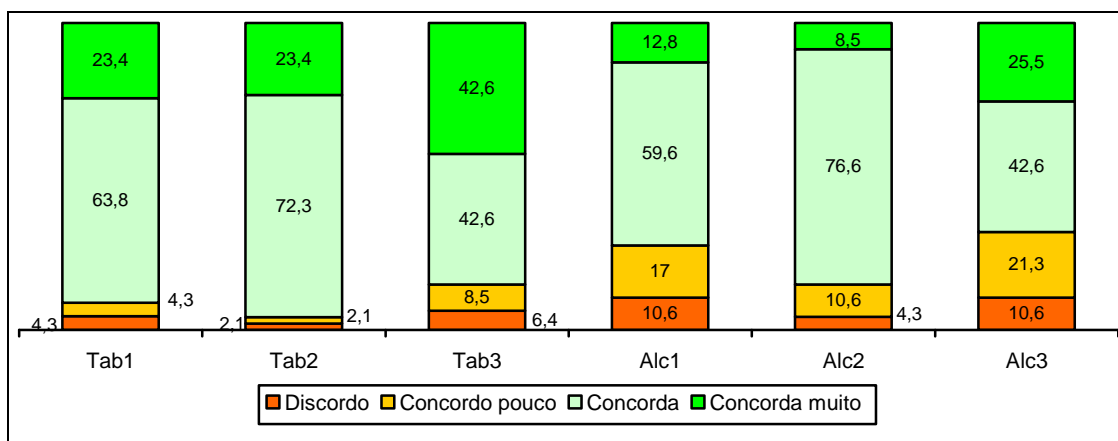
**p:** nível de significância.

Os resultados encontrados para o consumo de álcool, embora encorajadores, revelam, ainda, uma grande aceitação deste consumo. Esta situação traduz a desvalorização

das consequências do consumo de álcool e a sua grande aceitação social, dificultando, enormemente, a eficácia dos programas de prevenção deste consumo, em consonância com Roona e colaboradores (2002), citados por Komro e Toomey (2002).

## 6. Percepção da participação nas actividades

Na figura 3.25, fica patente que a grande maioria dos alunos concorda ou concorda muito que tomou conhecimento de outras razões, para além das que já conhecia, que conduzem os jovens a fumar (87,2%); tomou conhecimento de outras consequências, para além das que já conhecia, do hábito de fumar (95,7%); adquiriu uma atitude mais negativa em relação ao tabagismo (85,2%); tomou conhecimento de outras consequências, para além das que já conhecia, do hábito de consumir bebidas alcoólicas (85,1%); a maioria tomou conhecimento de outras consequências, para além das que já conhecia, do hábito de consumir bebidas alcoólicas (72,4%) e adquiriu uma atitude mais negativa em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (68,1%).



**Figura 3.25:** Percepção, pelos alunos, da evolução do seu conhecimento e da sua atitude relativamente ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas (N=49, valores em percentagem).

**Tab1:** “Tomei conhecimento de outras razões, para além das que já conhecia, que levam os jovens a fumar.”

**Tab2:** “Tomei conhecimento de outras consequências, para além das que já conhecia, do hábito de fumar.”

**Tab3:** “Adquiro uma atitude mais negativa em relação ao tabagismo.”

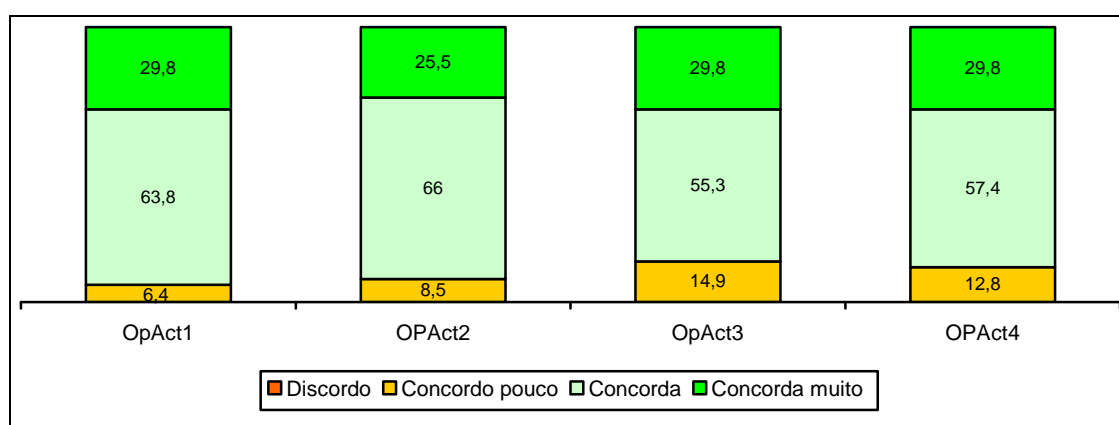
**Alc1:** “Tomei conhecimento de outras razões, para além das que já conhecia, que levam os jovens a consumir bebidas alcoólicas.”

**Alc2:** “Tomei conhecimento de outras consequências, para além das que já conhecia, do hábito de consumir bebidas alcoólicas.”

**Alc3:** “Adquiro uma atitude mais negativa em relação ao consumo de bebidas alcoólicas.”

Os resultados obtidos no questionamento directo da percepção da evolução dos conhecimentos acerca do tabagismo e do consumo de álcool é concordante com os do questionamento indirecto apresentados anteriormente no ponto 5. Em concreto, a grande maioria dos alunos concorda que obteve novos conhecimentos acerca das consequências destes consumos, assim como, considera que adquiriu uma atitude mais negativa acerca destes consumos. A concordância de resultados é também visível ao nível das diferenças entre o tabagismo e o consumo de álcool.

Quanto à percepção da participação nas actividades (figura 3.26), a grande maioria dos alunos considera que: participou ou participou muito nas actividades (93,6%); participaram na escolha das actividades (91,5%); participaram na organização das actividades (85,1%) e que foi por sua iniciativa que participaram nas actividades (87,2%).



**Figura 3.26:** Percepção, pelos alunos, da sua participação nas actividades realizadas durante a implementação do Plano de intervenção (N=49, valores em percentagem).

**OpAct1:** “Participei nas actividades.”

**OpAct2:** “Participei na escolha das actividades a realizar.”

**OpAct3:** “Participei na organização das actividades.”

**OpAct4:** “Foi por minha iniciativa que participei nas actividades realizadas.”

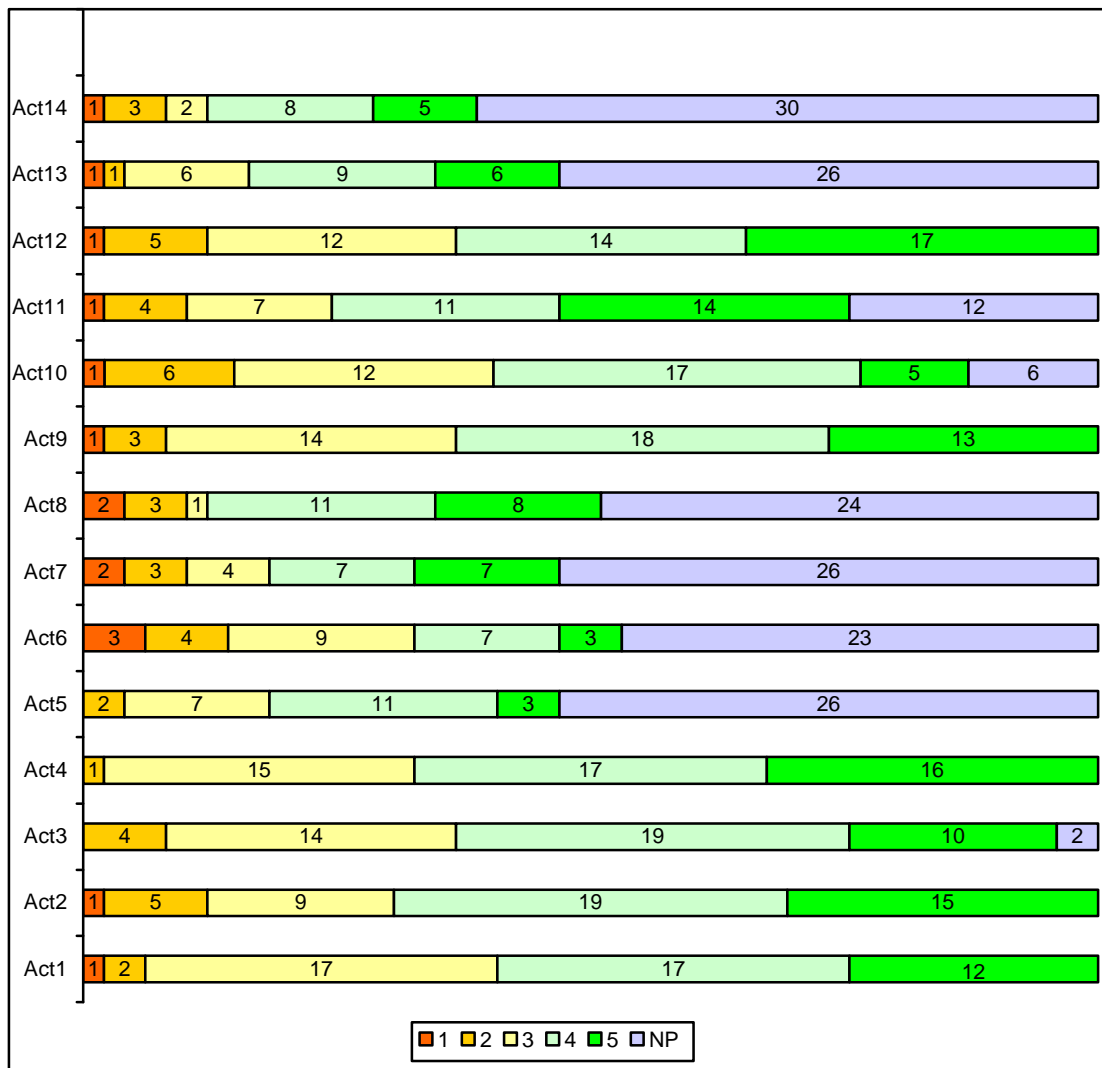
O resultado evidencia que foram aplicados os princípios inerentes à competência para a acção (Jensen *et* Hedegaard, 1997 *in* Jensen, 1997): intervenção orientada para a acção e envolvimento activo dos alunos.

## **7. Avaliação das actividades pelos alunos**

Os resultados apresentados na figura 3.27 demonstram que, de uma modo geral, a maioria dos alunos ficou satisfeito ou muito satisfeito com as actividades em que participou<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Algumas actividades não foram realizadas por todos os alunos, em virtude de cada turma ter tido liberdade para as escolher e, por outro lado, outras foram distribuídas por diferentes grupos de trabalho.



**Figura 3.27:** Percepção, pelos alunos, do seu grau de satisfação na participação das actividades realizadas (Frequências absolutas; NP=Não participou; grau de satisfação: 1=mínimo até 5=máximo).

**Act.1:** Resposta a questionário (ficha de trabalho em grupo);

**Act.2:** Comentário de imagens (em grupo);

**Act.3:** Discussão dos temas (turma);

**Act.4:** Pesquisa de informação na Internet;

**Act.5:** Elaboração de cartazes (em cartolina);

**Act.6:** Elaboração de panfletos;

**Act.7:** Produção do texto da peça de teatro;

**Act.8:** Participação na organização e/ou da representação da peça de teatro;

**Act.9:** Assistência a apresentações de “slides” em *powerpoint*;

**Act.10:** Elaboração das questões para a entrevista a um fumador, ex-fumador e não fumador;

**Act.11:** Participação na entrevista a um fumador, ex-fumador e não fumador;

**Act.12:** Assistência à entrevista a um fumador, a um ex-fumador e a um não fumador;

**Act.13:** Elaboração de “slides” em *powerpoint*;

**Act.14:** Apresentação de “slides” em *powerpoint*.

## 8. Opinião dos alunos

Quanto à opinião geral acerca do projecto, dos 49 alunos envolvidos no Plano de Intervenção, apenas 3 pertencentes à mesma turma manifestaram um juízo negativo do mesmo, não apontando razões justificativas. Na mesma turma, 3 outros alunos não manifestaram qualquer opinião. Os 43 alunos restantes manifestaram opinião positiva, e destes, 20 não a fundamentaram. As justificações dos demais 23 alunos têm a ver com o facto de terem adquirido novos conhecimentos (ex: “Ficámos a saber mais sobre os temas.”; “Ficámos mais esclarecidos acerca de algumas questões.”; “Nunca pensei que fossem tantas as consequências do tabagismo e do alcoolismo.”). Outra razão prende-se com a satisfação na realização das actividades (ex: “Achei muito interessantes todas as actividades e sermos nós a realizá-las.”; “Gostei de realizar as actividades.”). Um aluno referiu, ainda que: “Foi uma boa maneira de ocupar as aulas de Área de Projecto.”. Contudo alguns alunos também apontaram vários aspectos negativos, a saber: a falta de tempo para finalizar algumas actividades, a participação de alguns colegas poderia ter sido melhor, deveriam ter sido realizadas actividades aos ar livre e deveria ter-se abordado outros temas.



## **CAPÍTULO IV**

---

### **CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS**



## 1. O estudo descritivo

Quanto ao estudo descritivo, apresentam-se as conclusões, relativas às três primeiras questões de investigação.

(1) Qual a significância das aprendizagens de EpS operacionalizadas na escola, através do processo de ensino e de aprendizagem?

As temáticas de educação para a saúde são abordadas de modo, essencialmente, tradicional, em actividades dentro e fora da sala de aula, de carácter pontual e com pouca participação activa dos alunos. Contudo, apesar da variedade de temas de EpS proporcionados pelas escolas, tanto nas aulas como em actividades fora da sala de aula, muitos dos alunos não recordam alguns desses temas. Apenas pouco mais de um terço dos alunos considera que as actividades de sala de aula contribuíram muito para a sua EpS e cerca de um quinto percepciona que contribuíram pouco. As actividades escolares fora da sala de aula, à excepção da pesquisa na *internet*, foram percepcionadas por metade dos alunos inquiridos como tendo contribuído pouco para a sua EpS. Por outro lado, cerca de três quartos dos jovens percepciona conhecer bem os malefícios do tabagismo e um pouco mais de metade os do consumo de bebidas alcoólicas, mas apenas metade indica dois ou três dos malefícios do tabagismo e cerca de um décimo aponta o mesmo número de malefícios do consumo de bebidas alcoólicas. Estes resultados permitem concluir que, para um número significativo de alunos, as aprendizagens de EpS não foram significativas.

(2) Que conhecimentos e percepções possuem os jovens consumidores de tabaco e de bebidas alcoólicas, acerca das consequências do tabagismo e do consumo de álcool?

Os alunos que referiram um maior consumo de tabaco e bebidas alcoólicas manifestam possuir menos conhecimento acerca dos malefícios destes consumos, relativamente aos colegas com menor consumo. Contudo, mais de metade dos alunos consumidores regulares de tabaco e de bebidas alcoólicas percepciona conhecer bem os danos resultantes destes consumos. Deste modo, as frequências de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas não se manifestaram associadas, de forma significativa, à percepção de

possuir conhecimento dos malefícios destes consumos, mas correlacionaram-se com o conhecimento efectivo dos mesmos.

(3) Que factores influenciam o padrão de consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas?

A procura de novas sensações e o divertimento com os amigos são as razões mais apontadas pelos jovens para consumir tabaco e bebidas alcoólicas, enquanto que o receio pela sua saúde é a razão mais invocada para não consumir estas substâncias. Por outro lado, cerca de um quinto dos rapazes e um décimo das raparigas fuma pelo menos uma vez por semana; quase dois terços dos rapazes e perto de um terço das raparigas consome bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana. Deste modo, podem considerar-se os seguintes factores protectores do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas:

(a) A percepção negativa do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que mais de oito décimos dos alunos apresenta este entendimento em relação ao tabagismo e cerca de dois terços em relação ao consumo de álcool. Esta percepção negativa pode ser incrementada através da EpS escolar.

(b) A conversação dos jovens com os pais acerca dos malefícios do tabagismo e do consumo de álcool, uma vez que está associado a um menor consumo de tabaco e de álcool.

Do mesmo modo, consideram-se os seguintes factores determinantes do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas:

(a) A existência de amigos consumidores de tabaco e de bebidas alcoólicas, uma vez que estes estão correlacionados com o padrão de consumo destas substâncias. A influência dos pares é de tal ordem que conduziria a que, pelo menos pontualmente, cerca de um quinto dos jovens aceitasse fumar e metade consumisse bebidas alcoólicas.

(b) A existência de familiares consumidores de bebidas alcoólicas, dado que está associada aos jovens que também partilham este consumo.

(c) A frequência de bares e discoteca, pois também apresenta-se associado ao consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas.

(d) Pré-existência de outros comportamentos de risco. Os jovens que fumam apresentam maior probabilidade de virem a consumir bebidas alcoólicas e vice versa. Esta

conclusão é apoiada, neste estudo, pelo facto da frequência de fumar ter uma correlação significativa com o consumo de bebidas alcoólicas.

Os resultados sugerem que a influência destes factores, nos consumos de tabaco e de bebidas alcoólicas, é mais intensa nos adolescentes mais velhos e do sexo masculino.

## **2. O estudo longitudinal**

Após a implementação do Plano de Intervenção e a análise dos seus resultados, apresentam-se as respectivas conclusões, tendo em conta a quarta questão de investigação:

(4) Como promover na escola a prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente o tabagismo e o consumo de álcool?

A abordagem democrática de educação para a saúde, na vertente da prevenção de comportamentos de risco, revelou-se eficaz, dado que após a intervenção:

- Aumentou a percepção negativa tanto do tabagismo como do consumo de álcool entre os alunos.
- Aumentou tanto a percepção do conhecimento dos malefícios do tabagismo e do consumo de álcool como o conhecimento efectivo destes malefícios.
- Tanto a intenção de fumar como a de consumir bebidas alcoólicas sofreram uma redução.
- A grande maioria dos alunos considerou ter participado activamente e por sua iniciativa nas actividades desenvolvidas.
- A maioria dos alunos participou com satisfação nas actividades.

A aplicação do Plano de Intervenção revelou um impacto positivo no que se refere ao seu propósito: promover a prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente o tabagismo e o consumo de álcool. Contudo, para uma maior eficácia, a educação para a prevenção do consumo de substâncias aditivas deve iniciar-se no primeiro ciclo e prolongar-se até ao secundário. Deste modo, os resultados dos programas de prevenção de

consumo de substâncias aditivas só podem ser mantidos ou mesmo reforçados se houver uma continuidade ao longo de todo o percurso escolar dos alunos.

O impacto positivo desta intervenção poderá traduzir-se no adiamento da intenção de fumar e de consumir bebidas alcoólicas. Este adiamento poderá exercer dois tipos de benefícios. O primeiro relaciona-se com a melhoria da saúde dos indivíduos, uma vez que quanto mais cedo se inicia o hábito de fumar e de consumir bebidas alcoólicas, maior a susceptibilidade às doenças relacionadas e menores as probabilidades de cessação destes consumos. O segundo benefício do adiamento da intenção de fumar advém da possibilidade de se ultrapassar a idade crítica do início do tabagismo que segundo Nebot (1995) e Byrne (2001) citados por Precioso (2004b), se situa entre os 12 e os 15 anos, e deste modo diminuir a probabilidade dos alunos se tornarem fumadores.

Os resultados obtidos no estudo longitudinal demonstram a validade da abordagem pedagógica seguida no Plano de Intervenção defendida por Jensen (1987) – IVAC (*Investigations–Visions–Actions–Changes*) - no âmbito do paradigma democrático de educação para a saúde. Esta conclusão é partilhada por LLoyd e colaboradores (2000) citados por White *et al.*, (2004), defendendo que as abordagens interactivas são mais eficazes do que as didácticas tradicionais. Deste modo, este modelo é recomendável na educação para a saúde escolar, não só para as temáticas do tabagismo e do consumo de álcool, mas, como defende o próprio modelo, para uma abordagem holística da saúde ao longo de todo o percurso escolar dos alunos.

### **3. Limitações do estudo**

Com a realização do estudo descritivo caracterizou-se apenas a população estudantil a frequentar o 9º ou o 10º ano, de escolaridade de dois concelhos rurais do interior do país, quanto aos consumos de tabaco e de bebidas alcoólicas. Naturalmente, seria de inegável importância a avaliação do impacto da intervenção até pelo menos ao final do Ensino Secundário.

#### **4. Sugestões para futuras investigações**

Na sequência deste trabalho, sugerem-se investigações longitudinais mais longas, a nível de ciclo (1º, 2º ou 3º ciclo) que permita uma abordagem holística das várias temáticas de EpS, utilizando a abordagem IVAC, no âmbito do paradigma democrático de EpS. Os planos de intervenção deverão ser delineados antes do início de cada ciclo, tendo em conta o horizonte temporal e seleccionando as temáticas de EpS mais prementes a cada ano de escolaridade. Os planos de intervenção deverão ser apresentados nos conselhos de turma para eventual reformulação, tendo em conta o contributo das várias disciplinas, integrando-os nos Planos Curriculares de Turma. Naturalmente, os planos de intervenção deverão ser alvo de uma avaliação e eventual reformulação periódicas. Outros aspectos a ter em conta são, por um lado, a coordenação do projecto que deverá ser partilhada entre o investigador e os directores de turma, e por outro, a formação dos professores intervenientes nos princípios da educação democrática para a saúde.

Sugere-se, ainda, uma avaliação de médio a longo prazo do impacto das intervenções e, eventualmente, comparando os seus resultados com os de outras turmas não intervencionadas de características semelhantes.





## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Aoshiba, K. & Nagai, A. (2003). Oxidative Stress, Cell Death, and Other Damage to Alveolar Epithelial Cells Induced by Cigarette Smoke. *Tobacco Induced Diseases*. **1**(3): 219-226.
- Apte, M.; Wilson, J. & Korsten, M. (1997). Alcohol-Related Pancreatic Damage. *Alcohol Health & Research World*. **21**(1): 13-29
- Ballard, H. (1997). The hematological complications of Alcoholism. *Alcohol Health & Research World*. **21**(1):42-52.
- Batra, V.; Patkar, A.; Berrettini, W.; Weinstein, S. & Leone, F. (2003). The genetic determinants of smoking. *Chest*. **123**: 1730-1739.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1997). Psicologia e promoção da saúde. Lisboa. Climepsi Editores.
- Biederman, J.; Monuteaux, M.; Mick, E.; Wilens, T.; Fontanella, J.; Poetzl, K.; Kirk, T.; Masse, J. & Faraone, S. (2006). Is cigarette Smoking a Gateway to Alcohol and Illicit Drug Use Disorders? A Study of Youths with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. **59**(3): 258-264.
- Boardman, J. & Onge, J. (2005). Neighborhoods and Adolescent Development. *Children, Youth and Environments*. **15**(1): 138-164.
- Bode, C. & Bode C. (1997). Alcohol's Role in Gastrointestinal tract disorders. *Alcohol Health & Research World*. **21**(1): 76-83.
- Botvin, G. & Kantor, L. (2000). Preventing Alcohol and tobacco Use Through Life Skills Training. *Alcohol Research & Health*. **24**(4): 250-257.

- Brown, S.; Anderson, K.; Schulte, M.; Sintov, N. & Frissell, K. (2005). Facilitating youth self-change through school-based intervention. *Addictive Behaviours*. **30**: 1797-1810.
- Calafat, A. & Juan, M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*. **15**(2): 271-287.
- Carson, N.; Rodriguez, D. & Audrain-McGovern, J. (2005). Investigations of mechanisms linking media exposure to smoking in high school students. *Preventive Medicine*. **41**: 511-520.
- Carvajal, S. & Granillo, T. (2006). A prospective test of distal and proximal determinants of smoking initiation in early adolescents. *Addictive Behaviors*. **31**(4): 649-660.
- Carvalho, G. (2004). Escolas Promotoras de Saúde: Factores críticos para a sua implementação. *Revista de Educação*. **12**: 63-75.
- Charlesworth, A. & Glanz, S. (2005). Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review. *Pediatrics*. **116**(6): 1516-1528.
- Charlton, A. & While, D. (1994). Smoking prevalence among 16 to 19-year-olds related to staff and student smoking policies in Sixth Forms and Further Education. *Health Education Journal*. **53**: 28-39.
- Clayton, R.; Scutchfield, F. & Wyatt, S. (2000). Hutchinson smoking prevention project: a new gold standard in prevention science requires new transdisciplinary thinking. *Journal of the National Cancer Institute*. **92**: 1964-1965.
- Cochito, M. (1999). *Representações e Práticas de Autonomia e Cooperação: Um Estudo de Professores e Alunos do 1º Ciclo*. Dissertação de Mestrado em Educação Intercultural. Universidade Católica Portuguesa.

- Dempsey, D. & Benowitz, N. (2001). Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*. **24**(4): 277-322.
- Denissenko, M.; Pao, A.; Tang, M-S. & Pfeifer, G. (1996). Preferential Formation of Benzo[a]pyrene Adducts at Lung Cancer Mutational Hotspots in *P53*. *Science*. **274**: 430-432.
- Dias, M.; Duque, A.; Silva, M. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*. **3**(22): 463-473.
- DiClemente, R.; Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). Handbook of adolescent health risk behavior. New York: Plenum Press. pp. 1-4.
- Direcção Geral da Saúde. (2001). Álcool e problemas ligados ao alcoolismo em Portugal.
- Duncan, S.; Duncan, T. & Strycker, L. (2006). Alcohol use from ages 9 to 16: A cohort-sequential latent growth model. *Drug and Alcohol Dependence*. **81**(1): 71-81.
- Epstein, M. (1997). Alcohol's Impact on Kidney Function. *Alcohol Health & Research World*. **21**(1): 84-93.
- Emanuele, N. & Emanuele, M. (1997). Alcohol Alters Critical Hormonal Balance. *Alcohol Health & Research World*. **21**(1): 53-64.
- Farkas, A.; Distefan, J.; Choi, W.; Gilpin, E. & Pierse, J. (1999). Does Parental Smoking Cessation Discourage Adolescent Smoking? *Preventive Medicine*. **28**: 213-218.
- Ferreira, J. & Welsh, G. (2004). Implementing the IVAC model: lessons from an Australian case. *Health Education Research*. **14**(4): 473-478.

- Fullerton, C. & Ursano, R. (1994). Preadolescent peer friendships: a critical contribution to adult social relatedness. *Journal of Youth and Adolescence*. **23**: 43-64.
- Gage, J.; Overpeck, M.; Nansel, T. & Kogan, M. (2005). Peer activity in the evenings and participation in aggressive behaviours. *Journal of Adolescent Health*. **37**: 517.e7-517.e14.
- Glanz, K., Lewis, F. & Rimer, B. (Eds.). (1990). *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. pp. 453-478.
- GYTS - Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. (2002). Tobacco use among youth: a cross-country comparison. *Tobacco Control*. **11**: 252-270.
- Harrison, P.; Fulkerson, J. & Park, E. (2000). The Relative Importance of Social Versus Commercial Sources in Youth Access to Tobacco, Alcohol and Other Drugs. *Preventive Medicine*. **31**: 39-48.
- Hawkins, J.; Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early childhood: Implications for substance abuse prevention. *Psychology Bulletin*. **112**: 64-105.
- Hopfer, C.; Timberlake, D.; Haberstick, B.; Lessem, J.; Ehringer, M.; Smolen, A. & Hewitt, J. (2005). Genetic influences on quantity of alcohol consumed by adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*. **78**: 187-193.
- Inoue, T. (2004). Cigarette Smoking as a Risk Factor of Coronary Artery Disease and its Effects on Platelet Function. *Tobacco Induced Diseases*. **2**(1): 27-33.
- Jamrozik, K. (2005). Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. *British Medical Journal*. **330**: 812-817.

- Jensen, B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*. **12**(4): 419-428.
- Jensen, B. (2000). Health knowledge and health education in relation to a democratic health promoting school. *Health Education*. **100**(4): 146-153.
- Jessor, R.; Bos, J.; Vanderryn, J.; Costa, F. & Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Development Psychology*. **31**: 923-933.
- Jindal, S. & Gupta, D. (2004). The relationship between tobacco smoke & bronchial asthma. *The Indian Journal of Medical Research*. **120**: 443-453.
- Kranzler, H.; Babor, T.; Golstein, L.; & Gold, J. (1990). Dental pathology and alcohol-related indicators in an outpatient clinic sample. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. **18**(4): 204-207.
- Krugman, D.; Quinn, W.; Sung, Y. & Morrison, M. (2005). Understanding the Role of Cigarette Promotion and Youth Smoking in a Changing Marketing Environment. *Journal of Health Communication*. **10**: 261-278.
- Kuo, W.; Wu, C.; Lee, S.; Lin, J.; Chu, C.; Hwang, J.; Ueng, K.; Chang, M.; Yeh, Y.; Wang, C.; Liu, J. & Huang, C. (2005). Second-Hand Smoke-Induced Cardiac Fibrosis Is Related to the Fas Death Receptor Apoptotic Pathway without Mitochondria-Dependent Pathway Involvement in Rats. *Environmental Health Perspectives*. **113**(10): 1349-1353.
- Lerner, R. & Spanier, G. (1980). A dynamic interactional view of child and family development. In R. M. Lerner & G. B. Spanier (Eds.). *Child influences on marital and family interaction: A life-span perspective*. New York: Academic Press. pp. 1-20.

- Lerner, R. & Galambos, N. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*. **49**: 413-446.
- Loureiro, M. (2004). A study about effectiveness of the health promoting schools network in Portugal. *Promotion & Education*. **11**(2): 85-92.
- Madden, P.; Heath, A.; Pedersen, N.; Kaprio, J.; Koskenvuo, M. & Martin, N. (1999). The genetics of smoking persistence in men and women: a multicultural study. *Behavior Genetics*. **29**: 423-431.
- Maher, J. (1997). Exploring Alcohol' Effects on Liver Funcion. *Alcohol Health & Research World*. **21**(1): 5-12.
- Maserejian, N. & Zavras, A. (2004). Genetics of Tobacco Use. *Tobacco Induced Diseases*. **2**(2): 81-102.
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S. & Reis, C. (2000). A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS (1998). Edições FMH: Lisboa.
- Matos, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. (2003). A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois). Edições FMH: Lisboa. pp.42.
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Reis, C; Joana J. & Urbano, J. (2004). Risco e Protecção: Adolescentes, Pais, Amigos e Escola. Tema 8, nº1.
- McNeill, A. (1991). The development of dependence on smoking in children. *British Journal of Addiction*. **86**: 589-92.
- Ministério da Educação. (2004). Organização Curricular e Programas: Ensino Básico - 1.o Ciclo.

- Ministério da Educação. (2005). Currículo Nacional do Ensino Básico - Competências Essenciais.
- Ministério da Saúde. (2003). Consumo de Tabaco - Estratégias de Prevenção e Controlo.
- Ministério da Saúde. (2004). Plano de Acção para a Saúde 2004 - Áreas prioritárias.
- Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health education & behaviour*. **26** (1): 121-140.
- Murphy, E. (2005). Promoting Healthy Behavior. *Health Bulletin*. **2**:(12). Washington DC. Population Reference Bureau.
- Navarro, M. (1999). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R. & Lacerda, T. (1999). Educação para a saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Nebot, M.; Tomás, Z.; Ariza, C.; Valmayor, S.; López, M. & Juárez, O. (2004). Factors Associated With Smoking Onset: 3-Year Cohort study of Schoochildren. *Archivos de Bronconeumología*. **40**: 495-501.
- NHS Advisory Service. (1994). Suicide Prevention: the Challenge Confronted. London: HMSO.
- Oei, T. & Morawska, A. (2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*. **29**: 159-179.
- Oncken, C.; Mckee, S.; Krishnan-Sarin, S.; O'Malley, S. & Mazure, C. (2005). Knowledge and perceived risk of smoking-related conditions: a survey of cigarette smokers. *Preventive Medicine*. **40**: 779-784.



- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Otava para a Promoção da Saúde (Direcção Geral de Saúde, Trad.). Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública". Otava. Canada.
- Organização Mundial de Saúde. (1997). Conference resolution. 'The health promoting school—an investment in education, health and democracy'. In *The First Conference of the European Network of Health Promoting Schools*. Copenhagen.
- Organização Mundial de Saúde. (1988). Glossário da Promoção da Saúde. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (1999). Tobacco Free Initiative International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Genève.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). European Union Directive Banning Tobacco Advertising Overturned: WHO Urges Concerted Response. Press Release.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). Local action. Creating Health Promoting Schools: Geneva. WHO.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). Global status report on alcohol 2004. Geneva.
- Orth, S. (2002). Cigarette smoking: an important renal risk factor – far beyond carcinogenesis. *Tobacco Induced Diseases*. **1**(2): 137-155.
- Oscar-Berman, M.; Shagrin, B.; Evert, D. & Epstein, C. (1997). Impairments of Brain and Behavior - The Neurological Effects of Alcohol. *Alcohol Health & Research World*. **21**(1): 65-75.
- Paavola, M.; Vartiainen, E. & Haukkala, A. (2004). Smoking, Alcohol Use, and Physical Activity: A 13-Year Longitudinal Study Ranging from Adolescent into Adulthood. *Journal of Adolescent Health*. **35**: 238-244.

- Paul, S.; Thrift, A. & Donnan, G. (2004). Smoking as a Crucial Independent Determinant of Stroke. *Tobacco Induced Diseases*. **2**(2): 67-80.
- Pavis, S.; Cunningham-Burley, S. & Amos, A. (1997). Alcohol consumption and young people: exploring meaning and social context. *Health Education Research*. **12**(3): 311-322.
- Peterson, J. & Pihl, R. (1990). Information processing, neuropsychological function, and the inherited predisposition to alcoholism. *Neuropsychology Review*. **1**(4): 343-369.
- Pinilla, J.; González, B.; Barber, P. & Santana, Y. (2002). Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **56**: 227-232.
- Pope, C.; Eatough, D.; Gold, D.; Pang, Y.; Nielsen, K. & Nath, P. (2001). Acute exposure to environmental tobacco smoke and heart rate variability. *Environmental Health Perspectives*. **109**: 711-716.
- Powell, L.; Tauras, J. & Ross, H. (2005). The importance of peer effects, cigarette prices and tobacco control policies for youth smoking behaviour. *Journal of Health Economics*. **24**: 950-968.
- Precioso, J. (2004a). Educação para a Saúde na Universidade- Um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*. **2**(3).
- Precioso, J. (2004b). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*. **3** (22): 499-506.
- Precioso, J. (2004c). Educação para a Saúde na Escola: um direito dos alunos que urge satisfazer. *O professor*. **85** (3): 17-24.

- Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. **22**: 201-222.
- Raveedran, M.; Senthil, D.; Utama, B.; Shen, Y.; Wang, J.; Zhang, Y. & Wang, X. (2005). Effect of water-soluble fraction of cigarette smoke on human aortic endothelial cells – a proteomic approach. *Cell Biology and Toxicology*. **21**(1): 27-40.
- Reininger, B. (2003). Development of a youth survey to measure risk behaviors, attitudes and assets: examining multiple influences. *Health Education Research*. **18**(4): 461-476.
- Ribeiro da Silva, P. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In M.R. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp.190-211). Lisboa: Climepsi.
- Rios, S.; Rosas, M. & Machado, P. (2005). A Exposição ao Fumo Passivo e os Hábitos Tabágicos Numa Escola Secundária. *International Journal of Clinical Health Psychology*. **5**: 143-160.
- Rose, R. (1998). A developmental behavior-Genetic Perspective on Alcoholism Risk. *Alcohol Health & Research World*. **22**(2): 131-14.
- Rutten, A. (1995). The implementation of health promotion: A new structural perspective. *Social Science Medicine*. 41 (**12**): 1627-1637.
- Sarantakos, S. (1998). *Social Research*. London: MacMillan.
- Sasco, A.; Merrill, R.; Benhaïm-Luzon, V.; Gérard, J. & Freyer, G. (2003). Trends in tobacco smoking among adolescents in Lyon, France. *European Journal of Cancer*. **39**: 496-504.

- Schall, V. & Struchiner M. (1999). Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. **15**(2): 4-6.
- Schulze, A.; Mons, U.; Edler, L. & Pötschke-Langer, M. (2005). Lack of sustainable prevention effect of the 'Smoke-Free Class Competition' on German pupils. *Preventive Medicine*. **42**(1): 33-39.
- Settertobulte, W.; Jensen, B. & Hurrelmann, K. (2001). Drinking among Europeans. Health policy for children and adolescents (HEPCA) series N°3. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Siegel, S. (1975). Estatística não-paramétrica. São Paulo: McGraw-Hill. pp. 228-240.
- Silva, D. & Filho, J. (2001). Desenvolvimento e teste de um instrumento de medida para obtenção das concepções de tecnologia e suas relações sociais de alunos do curso de pedagogia. *Revista Educação e Ensino*. Bragança Paulista. **6**(2): 55-65.
- Skara, S. & Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*. **37**: 451-474.
- Stacy, S.; Colwell, B.; Smith, D.; Robinson, J. & McMillan, C. (2005). An exploration of self-reported negative affect by adolescents as a reason for smoking: Implications for tobacco prevention and intervention programs. *Preventive Medicine*. **42**: 589-596.
- Sussman, S.; McCuller, W.; Zheng, H.; Pfingston, Y. & Dent, C. (2004). Project EX: A program of Empirical Research on Adolescent Tobacco Use Cessation. *Tobacco Induced Diseases*. **2**(3): 119-132.
- Terris, M. (1992). Concepts of health promotion: Dualities in public health theory, *Journal of Public Health Policy*. **13**(3) 267-276.

- Thomson, C.; Siegal, M.; Winickoff, J.; Biener, L. & Rigotti, N. (2005). Household smoking and adolescents' perceived prevalence of smoking and social acceptability of smoking. *Preventive Medicine*. **41**: 349-356.
  
- Valente, T.; Paredes, P. & Poppe, P. (1998). Matching the message to the process: The relative ordering of knowledge, attitudes, and practices in behavior change research. *Human communication research*. **24** (3): 366-385.
  
- Vander-Top, E.; Wyatt, T. & Gentry-Nielsen, M. (2005). Smoke Exposure Exacerbates an Ethanol-Induced defect in Mucociliary Clearance of *Streptococcus pneumoniae*. *Alcoholism, Clinical Experimental Research*. **29**(5): 882-887.
  
- Vineis, P.; Airoidi, L.; Veglia, F.; Olgiati, L.; Pastorelli, R.; Autrup, H.; Dunning, A.; Garte, S.; Gormally, E.; Hainaut, P.; Malaveille, C.; Matullo, G.; Peluso, M.; Overvad, K.; Tjonneland, A.; Clavel-Chapelon, F.; Boeing, H.; Krogh, V.; Palli, D.; Panico, S.; Tumico, R.; Bueno-De-Mesquita, B.; Peeters, P.; Berglund, G.; Hallmans, G.; Saracci, R. & Riboli, E. (2005). Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *British Medical Journal*. **330**: 277-280.
  
- Werch, C.; Moore, M.; DiClemente, C.; Owen, D.; Jobli, E & Bledsoe, R. (2003). A sport-based intervention for preventing alcohol use and promoting physical activity among adolescents. *The Journal of School Health*. **73**(10): 380-388.
  
- Wetter, D.; Cofta-Gunn, L.; Irvin, J.; Fouladi, R.; Wright, K.; Daza, P.; Mazas, C.; Cinciripini, P. & Gritz, E. (2005). What accounts for the association of education and smoking cessation? *Preventive Medicine*. **40**: 452-460.
  
- White, D.; Buckley, E. & Hassan, J. (2004). Literature Review on the Role of External Contributors in School Drug, Alcohol and Tobacco Education. Research Report RR514. DfES Publications. Staffordshire University. Nottingham.

- Xian, H.; Scherrer J.; Madden, P.; Lyons, M.; Tsuang, M.; True, W. & Eisen, S. (2003). The heritability of failed smoking cessation and nicotine withdrawal in twins who smoked and attempted to quit. *Nicotine & Tobacco Research*. **5**: 245-254.
- Yolton, K.; Dietrich, K.; Auinger, P.; Lanphear, B. & Hornung, R. (2005). Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Cognitive Abilities among U.S. Children and Adolescents. *Environmental Health Perspectives*. **113**(1): 98-103.
- Zakhari, S. (1997). Alcohol and the Cardiovascular System - Molecular Mechanisms for Beneficial and Harmfull Action. *Alcohol Health & Research World*. **21**(1): 21-29.
- Zeigler, D.; Wang, C.; Yoast, R.; Dickinson, B.; McCaffree, M.; Robinowitz, C. & Sterling, M. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*. **40**: 23-32.

## **ANEXOS**

---





## **ANEXO 1**

### **Actividades de EpS realizadas nas escolas**



<b>Escola Secundária com 3º ciclo Frei Rosa Viterbo</b>		
Ano lectivo	Temas	Actividades
2003/2004	Educação alimentar	Dia da Alimentação - Publicitação de uma alimentação saudável - Elaboração de ementas saudáveis - Exposição de cartazes e outro material Formação cívica - Higiene alimentar (7ºano) - Métodos de confecção de alimentos (8ºano) - Alimentação equilibrada
	Tabagismo	Dia do Não Fumador - Exposição de cartazes Formação cívica -Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Educação sexual -Doenças sexualmente transmissíveis -Métodos contraceptivos	Dia Mundial da Luta contra a SIDA - Exposição de cartazes -Elaboração de trabalhos (8ºano)
	Acidentes domésticos	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Acidentes de viação	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Saúde mental	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Alcoolismo	-Palestra por técnicos de saúde (8ºano)
	Higiene pessoal	-Visionamento de filmes e outros (8ºano)
	Toxicod dependência	-Visionamento de filmes e outros (9ºano)
2004/2005	Educação alimentar	Dia da Alimentação - Publicitação de uma alimentação saudável - Elaboração de ementas saudáveis - Exposição de cartazes e outro material Formação cívica - Higiene alimentar (7ºano) - Métodos de confecção de alimentos (8ºano) - Alimentação equilibrada
	Tabagismo	Dia do Não Fumador - Exposição de cartazes Formação cívica -Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Educação sexual -Doenças sexualmente transmissíveis -Métodos contraceptivos	Dia Mundial da Luta contra a SIDA - Exposição de cartazes -Elaboração de trabalhos (8ºano)
	Acidentes domésticos	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Acidentes de viação	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Saúde mental	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Alcoolismo	-Palestra por técnicos de saúde (8ºano)
	Higiene pessoal	-Visionamento de filmes e outros (8ºano)
	Toxicod dependência	-Visionamento de filmes e outros (9ºano)

2005/2006	Educação alimentar	<p>Dia da Alimentação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicitação de uma alimentação saudável</li> <li>- Elaboração de ementas saudáveis</li> <li>- Exposição de cartazes e outro material</li> </ul> <p>Formação cívica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene alimentar (7ºano)</li> <li>- Métodos de confecção de alimentos (8ºano)</li> <li>- Alimentação equilibrada</li> </ul>
	Tabagismo	<p>Dia do Não Fumador</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição de cartazes</li> </ul> <p>Formação cívica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)</li> </ul>
	Educação sexual -Doenças sexualmente transmissíveis -Métodos contraceptivos	<p>Dia Mundial da Luta contra a SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição de cartazes</li> </ul> <p>Elaboração de trabalhos (8ºano)</p>
	Acidentes domésticos	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Acidentes de viação	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Saúde mental	-Palestra por técnicos de saúde (7ºano)
	Alcoolismo	-Palestra por técnicos de saúde (8ºano)
	Higiene pessoal	-Visionamento de filmes e outros (8ºano)
	Toxicod dependência	-Visionamento de filmes e outros (9ºano)

<b>Escola Básica 2, 3/S de Penalva do Castelo</b>		
Ano lectivo	Temas	Actividades
2003/2004	Educação alimentar	Dia Mundial da Alimentação - Elaboração de ementas saudáveis - Exposição de cartazes e outro material
	Tabagismo	Dia do Não Fumador - Exposição de cartazes - Elaboração de desdobráveis e de textos sobre os malefícios do tabaco
	Doenças sexualmente transmissíveis	Dia Mundial da Luta contra a SIDA - Jogos e caixa de perguntas
	Saúde e solidariedade	Campanha de sensibilização para a dádiva de sangue - Elaboração de cartazes e de folhetos - Recolha de dádivas de sangue
	Doenças cardiovasculares	Semana do coração - Palestras e debates
2004/2005	Educação alimentar	Dia Mundial da Alimentação - Elaboração de ementas saudáveis e sua confecção na cantina - Elaboração de um folheto
	Tabagismo	Dia do Não Fumador - Exploração de um desdobrável e de textos
	Doenças sexualmente transmissíveis	Dia Mundial da Luta contra a SIDA - Jogos e caixa de perguntas
	Saúde e solidariedade	Campanha de sensibilização para a dádiva de sangue - Elaboração de cartazes e de folhetos - Recolha de dádivas de sangue
	Doenças cardiovasculares	Semana do coração - Exploração de textos
2005/2006	Educação alimentar	Dia Mundial da Alimentação - Elaboração de ementas saudáveis e sua confecção na cantina - Elaboração de um folheto
	Tabagismo	Dia do Não Fumador - Exploração de um desdobrável
	Doenças sexualmente transmissíveis	Dia Mundial da Luta contra a SIDA - Jogos e caixa de perguntas
	Saúde e solidariedade	Campanha de sensibilização para a dádiva de sangue - Elaboração de cartazes e de folhetos - Recolha de dádivas de sangue
	Doenças cardiovasculares	Semana do coração - Exploração de textos



## **ANEXO 2**

### **Questionário inicial aos alunos**







Este questionário é anónimo e confidencial. Os dados recolhidos serão utilizados unicamente para investigação.

## A. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.

### A.1. Da lista seguinte de temas assinala aqueles que foram abordados durante o teu percurso escolar.

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alimentação saudável | <input type="checkbox"/> doenças cardiovasculares | <input type="checkbox"/> tabaco |
| <input type="checkbox"/> álcool               | <input type="checkbox"/> exercício físico         | <input type="checkbox"/> drogas |
| <input type="checkbox"/> outros _____         |   |                                 |

### A.2. De que modo cada uma das seguintes actividades contribuiu para a tua educação para a saúde?

#### Na sala de aula:

(Assinala apenas uma opção.)

- |                                      |                                |  |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| 1. Leitura de documentos             | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 2. Discussão em grande grupo (turma) | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 3. Discussão em grupo                | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 4. Discurso do professor             | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 5. Pesquisa de informação            | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 6. Outra _____                       | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |

#### Fora da sala de aula:

(Assinala apenas uma opção.)

- |   |                                |  |                                |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| 1. Consulta individual de livros na biblioteca. | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 2. Participação em palestras.                   | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 3. Visita a exposições sobre o tema             | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 4. Pesquisa na Internet                         | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |
| 5. Outra _____                                  | <input type="checkbox"/> muito | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> pouco |

## B. TEMPOS LIVRES

### B.1. Especifica o tempo dedicado às seguintes actividades de tempos livres. (Assinala apenas uma opção.)

#### 1. Praticar desporto / exercício físico

- ☐ Nunca/Raramente   ☐ Uma vez por mês   ☐ Uma vez por semana   ☐ 2 a 3 vezes por semana   ☐ Todos os dias

#### 2. Ver televisão e utilizar o computador (jogos e Internet)

- ☐ Nunca/Raramente   ☐ Uma vez por mês   ☐ Uma vez por semana   ☐ 2 a 3 vezes por semana   ☐ Todos os dias

#### 3. Frequentar bares ou discotecas

- ☐ Nunca/Raramente   ☐ Uma vez por mês   ☐ Uma vez por semana   ☐ 2 a 3 vezes por semana   ☐ Todos os dias

#### 4. Participar em actividades de associações (desportivas, culturais, recreativas, religiosas, bombeiros, etc).

- ☐ Nunca/Raramente   ☐ Uma vez por mês   ☐ Uma vez por semana   ☐ 2 a 3 vezes por semana   ☐ Todos os dias

## C. OPINIÃO SOBRE O TABAGISMO E O CONSUMO DE ÁLCOOL

(Para cada uma das afirmações, assinala apenas uma opção para indicar o teu grau de concordância.)

1. As pessoas que fumam têm uma personalidade forte.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

2. Deveria ser proibido fumar em todos os recintos fechados.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

3. Fumar ajuda a aliviar o *stress*.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

4. Admiro as pessoas que gostam de fumar.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

5. Deveria ser proibida a venda de tabaco a menores de 18 anos.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

6. Fumar envelhece a pele.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

7. Não há mal nenhum em fumar alguns cigarros por dia.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

8. O fumo do tabaco prejudica a saúde.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

9. Quem tem amigos fumadores acaba, mais cedo ou mais tarde, por fumar.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

10. Não há mal nenhum em consumir bebidas alcoólicas se isso fizer com que a pessoa se sinta melhor.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

11. É fácil relacionarmo-nos com outras pessoas depois de termos consumido bebidas alcoólicas.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

12. Beber bebidas alcoólicas é perigoso para a saúde.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

13. A escola deveria organizar actividades que ajudassem os alunos a tomar decisões responsáveis relativamente ao consumo de álcool.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

14. Deveria ser proibida a compra e o consumo de bebidas alcoólicas a jovens com menos de 18 anos de idade.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

15. O álcool faz com se tenham fracos resultados na escola.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

16. O álcool é uma droga legal.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

## D. TABACO

### D.1. Com que frequência fumas? (Assinala apenas uma opção.)

- ☐ Nunca fumei. ☐ Experimentei, mas não gostei. ☐ Só em festas ou ocasiões especiais.  
☐ 1 a 2 vezes por semana. ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ Todos (ou quase todos) os dias

### D.2. (Se fumas.) Quantos cigarros fumas, em média, por semana? \_\_\_\_\_

### D.3. (Se fumas.) Com que idade começaste a fumar? \_\_\_\_\_

### D.4. Quantas pessoas que vivem contigo fumam? (nº) \_\_\_\_\_ E quantos não fumam? (nº) \_\_\_\_\_

### D.5. Quantos amigos teus, mais próximos, fumam? (nº) \_\_\_\_\_ E quantos não fumam? (nº) \_\_\_\_\_

### D.6. (Se fumas ou fumaste.) Quais as razões que te levaram a fumar?

- ☐ Para experimentar novas sensações. ☐ Para me divertir com os amigos.  
☐ Para ajudar a pensar menos nos problemas. ☐ Para me tornar mais popular e sociável.

Outra \_\_\_\_\_

### D.7. (Se não fumas.) Quais as razões que te levam a não fumar?

- ☐ Por me sentir mal ☐ Pelo medo dos perigos de fumar ☐ Por falta de dinheiro  
☐ Por ser proibido pelos meus pais ☐ Por falta de oportunidade ☐ Outra \_\_\_\_\_

### D.8. Conheces os perigos de fumar? (Assinala apenas uma opção.)

- ☐ muito bem ☐ bem ☐ razoavelmente ☐ mal

### D.9. Se conheces alguns perigos de fumar, indica três?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### D.10. Se numa festa um(a) amigo(a) te oferecesse um cigarro, como reagirias? (Assinala apenas uma opção.)

- ☐ Aceitava e agradecia. ☐ Aceitava só para lhe fazer a vontade.  
☐ Ficava indeciso. ☐ Recusava ☐ Recusava e dizia-lhe que o tabaco faz mal à saúde.

### D.11. Conversas com a tua família sobre os perigos do tabaco.

- ☐ Não ☐ Sim

## E. BEBIDAS ALCOÓLICAS

### E.1. Com que frequência consumes bebidas alcoólicas? (Assinala apenas uma opção.)

- ☐ Nunca experimentei. ☐ Experimentei, mas não gostei. ☐ Só em festas ou ocasiões especiais.  
☐ 1 a 2 vezes por semana. ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ Todos (ou quase todos) os dias

### E.2. (Se bebes.) Com que idade começaste a consumir bebidas alcoólicas? \_\_\_\_\_

### E.3. Quantas pessoas que vivem contigo consomem bebidas alcoólicas? (nº) \_\_\_\_\_

### E.4. Quantos amigos teus, mais próximos, consomem bebidas alcoólicas? \_\_\_\_ E quantos não bebem? \_\_\_\_

**E.5. Que tipos e quantidades de bebidas alcoólicas que consumes por semana:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cerveja  | Quantidade por semana _____ (garrafas ou copos) |
| <input type="checkbox"/> Vinho  | Quantidade por semana _____ (copos)             |
| <input type="checkbox"/> Bebidas espirituosas (uísque, brandi, aguardente, etc) | Quantidade por semana _____ (cálices)           |
| <input type="checkbox"/> Outras _____   | Quantidade por semana _____                     |

**E.6. Se consumes bebidas alcoólicas, quais as razões?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Para experimentar novas sensações.        | <input type="checkbox"/> Para me divertir com os amigos.         |
| <input type="checkbox"/> Para ajudar a pensar menos nos problemas. | <input type="checkbox"/> Para me tornar mais popular e sociável. |
- Outra \_\_\_\_\_

**E.7. (Se não bebes.) Quais as razões que te levam a não consumir bebidas alcoólicas?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Por me sentir mal                | <input type="checkbox"/> Pelo medo dos perigos de beber | <input type="checkbox"/> Por falta de dinheiro |
| <input type="checkbox"/> Por ser proibido pelos meus pais | <input type="checkbox"/> Por falta de oportunidade      | Outra _____                                    |

**E.8. Já alguma vez ficaste embriagado?** ☐ Não ☐ Sim **E.8.1. Se sim, quantas vezes?** \_\_\_\_\_

**E.9. Conheces os perigos de consumir bebidas alcoólicas? (Assinala apenas uma opção.)**

- |                                    |                              |  |                              |
|------------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> muito bem | <input type="checkbox"/> bem | <input type="checkbox"/> razoavelmente | <input type="checkbox"/> mal |
|------------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|

**E.10. Se conheces alguns perigos de consumir bebidas alcoólicas, indica três?**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**E.11. Se numa festa um(a) amigo(a) te oferecesse uma bebida alcoólica, como reagirias?**

(Assinala apenas uma opção.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aceitava e agradecia. | <input type="checkbox"/> Aceitava só para lhe fazer a vontade.  |
| <input type="checkbox"/> Ficava indeciso.      | <input type="checkbox"/> Recusava <input type="checkbox"/> Recusava e dizia-lhe que o álcool faz mal à saúde. |

**E.12. Conversas com a tua família sobre os perigos do consumo de bebidas alcoólicas?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
|------------------------------|------------------------------|

**F. INFORMAÇÕES PESSOAIS.**

**F.1. Sexo:** M ☐ F ☐

**F.2. Idade** \_\_\_\_\_ anos

**F.3. Em relação ao teu pai.**

1. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

2. Qual a sua escolaridade? (Assinala apenas uma opção.)

Até ao 4ºano ☐ 6º ano ☐ 9ºano ☐ 12ºano ☐ Curso superior ☐

**F.4. Em relação à tua mãe.**

1. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

2. Qual a sua escolaridade? (Assinala apenas uma opção.)

Até ao 4ºano ☐ 6º ano ☐ 9ºano ☐ 12ºano ☐ Curso superior ☐

**MUITO OBRIGADO PELA TUA COLABORAÇÃO**

### **ANEXO 3**

#### **Questionário final aos alunos**





Este questionário é anónimo e confidencial. Os dados recolhidos serão utilizados unicamente para investigação.

**A. OPINIÃO SOBRE O TABAGISMO E O CONSUMO DE ÁLCOOL**

(Para cada uma das afirmações, assinala apenas uma opção para indicar o teu grau de concordância.)

**1. As pessoas que fumam têm uma personalidade forte.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**2. Deveria ser proibido fumar em todos os recintos fechados.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**3. Fumar ajuda a aliviar o *stress*.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**4. Admiro as pessoas que gostam de fumar.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**5. Deveria ser proibida a venda de tabaco a menores de 18 anos.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**6. Fumar envelhece a pele.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**7. Não há mal nenhum em fumar alguns cigarros por dia.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**8. O fumo do tabaco prejudica a saúde.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**9. Quem tem amigos fumadores acaba, mais cedo ou mais tarde, por fumar.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**10. Não há mal nenhum em consumir bebidas alcoólicas se isso fizer com que a pessoa se sinta melhor.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**11. É fácil relacionarmo-nos com outras pessoas depois de termos consumido bebidas alcoólicas.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**12. Consumir bebidas alcoólicas é perigoso para a saúde.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**13. A escola deveria organizar actividades que ajudassem os alunos a tomar decisões responsáveis relativamente ao consumo de álcool.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**14. Deveria ser proibida a compra e o consumo de bebidas alcoólicas a jovens com menos de 18 anos de idade.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**15. O álcool faz com se tenham fracos resultados na escola.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

**16. O álcool é uma droga legal.**

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ discordo      ☐ discordo muito      ☐ sem opinião

## B. PERIGOS DE FUMAR

### 1. Conheces os perigos de fumar? (Assinala apenas uma opção.)

☐ muito bem      ☐ bem      ☐ razoavelmente      ☐ mal

### 2. Se conheces alguns perigos de fumar, indica três?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### 3. Se numa festa um(a) amigo(a) te oferecesse um cigarro, como reagirias? (Assinala apenas uma opção.)

☐ Aceitava e agradecia.      ☐ Aceitava só para lhe fazer a vontade.  
☐ Ficava indeciso.      ☐ Recusava      ☐ Recusava e dizia-lhe que o tabaco faz mal à saúde.

## C. PERIGOS DE CONSUMIR BEBIDAS ALCOÓLICAS

### 1. Conheces os perigos de consumir bebidas alcoólicas? (Assinala apenas uma opção.)

☐ muito bem      ☐ bem      ☐ razoavelmente      ☐ mal

### 2. Se conheces alguns perigos de consumir bebidas alcoólicas, indica três?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### 3. Se numa festa um(a) amigo(a) te oferecesse uma bebida alcoólica, como reagirias?

(Assinala apenas uma opção.)

☐ Aceitava e agradecia.      ☐ Aceitava só para lhe fazer a vontade.  
☐ Ficava indeciso.      ☐ Recusava      ☐ Recusava e dizia-lhe que o álcool faz mal à saúde.

## D. Desde que se iniciou este projecto até ao momento:

(Assinala para cada frase apenas uma opção.)

### ➤ em relação ao tabagismo

#### 1. Tomei conhecimento de outras razões, para além das que já conhecia, que levam os jovens a fumar.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

#### 2. Tomei conhecimento de outras consequências, para além das que já conhecia, do hábito de fumar.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

#### 3. Adquiri uma atitude mais negativa em relação ao tabagismo.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

### ➤ em relação ao alcoolismo

#### 1. Tomei conhecimento de outras razões, para além das que já conhecia, que levam os jovens a consumir bebidas alcoólicas.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

#### 2. Tomei conhecimento de outras consequências, para além das que já conhecia, do hábito de consumir bebidas alcoólicas.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

#### 3. Adquiri uma atitude mais negativa em relação ao consumo de bebidas alcoólicas.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo



## E. OPINIÃO SOBRE AS AULAS E AS ACTIVIDADES REALIZADAS

### 1. Participei nas actividades.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

### 2. Participei na escolha das actividades a realizar.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

### 3. Participei na organização das actividades.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

### 4. Foi por minha iniciativa que participei nas actividades realizadas.

☐ concordo muito      ☐ concordo      ☐ concordo pouco      ☐ discordo

### 6. Classifica cada uma das actividades realizadas, de acordo com o teu grau de satisfação.

Para cada uma das actividades, assinala com ☒: 0 -se não participaste;  
se participaste 1, 2, 3, 4 ou 5 (sendo 1=mínimo até 5=máximo).

	Actividade	0	1	2	3	4	5
1	Resposta a questionário (ficha de trabalho em grupo);						
2	Comentário de imagens (em grupo);						
3	Discussão dos temas (turma);						
4	Pesquisa de informação na Internet;						
5	Elaboração de cartazes (em cartolina)						
6	Elaboração de panfletos						
7	Produção do texto da peça de teatro						
8	Participação na organização e/ou da representação da peça de teatro						
9	Assistência a apresentações de “slides” em <i>powerpoint</i>						
10	Elaboração das questões para entrevista a um fumador, ex-fumador e não fumador						
11	Participação na entrevista a um fumador, ex-fumador e não fumador						
12	Assistência à entrevista a um fumador, ex-fumador e não fumador						
13	Elaboração de “slides” em <i>powerpoint</i> ;						
14	Apresentação de “slides” em <i>powerpoint</i>						
15	OUTRA.:						

### 7. Opinião geral sobre o projecto/ Observações

---

---

---

---

---

---

MUITO OBRIGADO PELA TUA COLABORAÇÃO